

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			
miesiąc/2024 r.			
lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych.....			
DATA	Godzina rozpoczęcia świadczenia	Godzina zakończenia świadczenia	Liczba godzin
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
ŁĄCZNA ILOŚĆ GODZIN			

.....
/pieczęć i podpis udzielającego świadczeń/

.....
/pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej/