

.....
(Imię i Nazwisko lub Nazwa Przyjmującego Zamówienie)

ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
za miesiąc 202.... r.

<i>Udzielanie świadczeń zdrowotnych</i>		
L.p.	Data udzielania świadczenia	Zanonimizowane dane pacjenta
Razem:		

.....
(potwierdzenie wykonanych świadczeń)

.....
(podpis Przyjmującego Zamówienie)