

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA  
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

miesiąc..... rok.....

.....  
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

<b>DZIEŃ:</b>	<b>Godziny od – do:</b>	<b>Suma w danym dniu:</b>
	<b>Razem</b>	

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:  
 – TAK\*)       - NIE\*)  
 \*) - ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE

.....  
pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie

.....  
pieczęć i podpis osoby Zatwierdzającej