

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych)

DATA wykonania świadczenia	NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA i Nr KSIĘGI GŁÓWNEJ	Rodzaj świadczenia zdrowotnego / Grupa JGP	Wartość świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualnym cennikiem% Procent wartości świadczenia zdrowotnego dla lekarza	Wartość w zł. wynikająca procentowej wartości świadczenia zdrowotnego
Suma:					

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis Działu Statystyki

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej