

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

[illegible]

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:

☐ – TAK*) ☐ - NIE*)

*) - ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE

pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie

pieczęć i podpis osoby Zatwierdzającej