

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

wykonanych w miesiącu ..... 20..... r.

przez lek.med. ....

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

.....  
(podpis i pieczęć lekarza  
udzielającego  
świadczeń zdrowotnych)

.....  
Potwierdzenie wykonania  
świadczeń zdrowotnych  
(podpis i pieczęć Kierownika Zakładu Radiologii)