

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE KARDIOLOGII W PORADNI KARDIOLOGICZNEJ

mięsiąc..... rok.....

(imię i nazwisko lekarza )

Data udzielania świadczeń	Godziny od – do	Liczba godzin
		Suma:

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:  - tak /  - nie \*\*)

\*\*) – zaznaczyć odpowiednie

.....  
Pieczeńć i podpis lekarza

.....  
Pieczeńć i podpis osoby zatwierdzającej