

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE KARDIOLOGII - WYKONANIA BADAŃ ULTRASONOKARDIOGRAFICZNYCH
W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZNA CZYNIOWEJ**

miesiąc..... 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