

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH BADA ENDOSKOPOWYCH UKŁADU POKARMOWEGO – GASTROSKOPIA I KOLONOSKOPIA

miesiąc rok

Dzień	Inicjały pacjenta	PIERWSZE 7 CYFR PESEL-u	Wykaz świadczeń: nazwa lub kod

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonywania świadczeń zdrowotnych
(podpis Z-cy Dyr. ds. Medycznych lub pełniącego jego zastępstwo)

Potwierdzam wprowadzenie świadczeń zdrowotnych do systemu informatycznego
data czytelny podpis lub pieczęć i podpis
pracownika Działu Świadczeń Medycznych