

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI I UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE OSTRYCH HEMODIALIZ DLA PACJENTÓW
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

miesiąc20.... r.

[illegible]

Podpis Przyjmującego Zamówienie

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Lekarza Kierującego OAiT lub pełniącego jego zastępstwo)