

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z DNI I LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W PORADNI ENDOKRYNOLOGICZNEJ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Imię i nazwisko: miesiąc:..... 20.... rok

[illegible]

*zaznacz właściwe x

Data sporządzenia:

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych