

Załącznik nr 10
do umowy nr/DPK/ŚZ-2/503.137/2025

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W PORADNI GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZEJ WCHODZĄCEJ W SKŁAD
CENTRUM KOBIETA MATKA DZIECKO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Imię i nazwisko:

miesiąc:..... 20.... rok

[illegible]

Data sporządzenia:

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....

podpis Kierownika Centrum KMDz
lub pełniącego jego zastępowo