

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ
NA RZECZ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc..... rok.....

Zgłoszenie konsultacji		Rodzaj konsultacji (planowa/pilna)	Oddział	Lekarz zgłaszający konsultacje	Imię i nazwisko pacjenta	Nr PESEL pacjenta	Realizacja usługi		Wykonane procedury	
Data	Godz.						Data	Godz.	nazwa	ilość

Zatwierdzam pod względem merytorycznym

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
pieczęć i podpis
Z-cy Dyrektora ds. Medycznych lub pełniącego jego zastępstwo

Potwierdzam, iż w/w osoby były pacjentami WSzS w Białej Podlaskiej

.....
data, imię i nazwisko lub pieczęć i podpis
pracownika Działu Świadczeń Medycznych