

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W PORADNI URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ WOJEWÓDZKIEGO
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Imię i nazwisko: miesiąc: 20.... rok

[illegible]

Data sporządzenia:

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych
lub pełniącego jego zastępstwo