Załącznik Nr 5 do umowy nr ……../DPK/ŚZ-2/503.79/2026

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH BADAŃ ENDOSKOPOWYCH UKŁADU POKARMOWEGO DLA WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc ..... rok .....

Lp	Dzień	Inicjały pacjenta	PIERWSZE 7 CYFR PESEL-u	Wykaz świadczeń: nazwa	

…… ……..

Podpis Przyjmującego zamówienie

Potwierdzenie wykonywania świadczeń zdrowotnych
(podpis Kierownika Zespołu Pracowni Endoskopowych lub Z-cy Dyr. ds. Medycznych)

Potwierdzam wprowadzenie świadczeń zdrowotnych do systemu informatycznego .....

data czytelny podpis lub pieczęć i podpis
pracownika Działu Świadczeń Medycznych