

**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 zastępstwo