

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBJĘTYCH PRZEDMIOTEM UMOWY
W ZAKRESIE OKULISTYKI DLA WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc rok

Data	Inicjały pacjenta	siedem pierwszych cyfr PESEL - u	Oddział	PROCEDURA	Imię i nazwisko lekarza szkolonego
				Grupa JPG	

Zatwierdzam pod względem merytorycznym:

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
pieczęć i podpis Lek. Kierującego Oddz. Okulistycznym
(lub pełniącego jego zastępstwo)

Potwierdzam wprowadzenie świadczeń zdrowotnych do systemu informatycznego

.....
data czytelny podpis lub pieczęć i podpis
Dział Świadczeń Medycznych