

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH PROCEDUR DLA WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc rok

[illegible]

Potwierdzam wykonanie świadczeń zdrowotnych

.....
Podpis osoby wykonującej świadczenia

.....
pieczęć i podpis lekarza kierującego Oddziałem Chirurgii Ogólnej
lub pełniącego jego zastępstwo

Potwierdzam, wprowadzenie świadczeń zdrowotnych do systemu informatycznego

data czytelny podpis lub pieczęć i podpis
pracownika Działu Świadczeń Medycznych