

.....
oznaczenie Przyjmującego zamówienie

Wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych w miesiącu r.

[illegible]

Czy uzupełniono dokumentację medyczną ☐-Tak ☐-Nie*)

*) – zaznaczyć odpowiednie

.....
(pieczęć i podpis Przyjmującego zlecenie)

.....
(pieczęć i podpis osoby Zatwierdzającej)

