

.....
oznaczenie Przyjmującego zamówienie

Wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych w miesiącu r.

Dzień miesiąca	Liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych							
	Godzina rozpoczęcia	Godzina zakończenia	Liczba godzin pracy	Stawka godzinowa	Kwota	Liczba wykonanych badań	Stawka za badanie	Kwota

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

*) – zaznaczyć odpowiednie

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

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

