

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ W PORADNI CHIRURGII NACZYNIOWEJ

miesiąc..... rok.....

.....  
(imię i nazwisko lekarza )

Data udzielania świadczeń	Godziny od – do	Ilość wykonanych <u>punktów</u> w danym dniu
<b>Razem godzin:</b>		<b>Suma punktów:</b>

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:  - tak /  - nie \*)  
\*) – właściwe zaznaczyć