

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE **PROKTOLOGII** W ODDZIAŁACH SZPITALA

miesiac..... rok.....

(imię i nazwisko lekarza)

[illegible]

Czy uzupełniono dokumentację medyczną: ☐ - tak / ☐ - nie ****)**

****)** – zaznaczyć odpowiednie

.....
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Pieczeńć i podpis lekarza