Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie proktologii w Poradni proktologicznej

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PROKTOLOGII W PORADNI PROKTOLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DATA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:	SUMA PUNKTÓW NFZ W DANYM DNIU: