

(imię i nazwisko lekarza)

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

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

Pieczęć i podpis pracownika Sekcji Rozliczeń
Usług Medycznych