

(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	Godziny od – do	Liczba godzin
		Suma:

Pieczęć i podpis Kierownika Poradni lub
osoby wskazanej przez Udziałającego
zamówienia

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

****)** – zaznaczyć odpowiednie