

EWIDENCJA REALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ

Lekarz - Nazwisko i Imię:

Nr umowy

Miesiąc i rok:

Dzień	Poradnia	Godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń w poradni	Godzina zakończenia udzielania świadczeń w poradni
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

Oświadczam, że świadczenia zdrowotne w czasie zgodnym z powyższą ewidencją udzielane były bezpośrednio na rzecz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

.....
podpis i pieczęć lub podpis elektroniczny
Przyjmującego Zamówienie