

Karta rozliczeniowa do umowy nr na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii:

Imię i Nazwisko:

Nazwa Komórki Organizacyjnej: **Oddz. Anestezjologii** Miesiąc/ Rok /...../

Data świadczenia		Rodzaj procedury medycznej	Ilość wykonanych procedur medycznych
od	do		

Data świadczenia		Rodzaj procedury medycznej	Ilość wykonanych procedur medycznych
od	do		

.....
Podpis i Pieczętka Koordynatora Oddziału
potwierdzająca wykonanie procedur

.....
Podpis i Pieczętka Przyjmującego Zamówienie

.....
Podpis Pracownika Działu Kadr i Płac