

Karta rozliczeniowa do umowy nr na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie

Imię i Nazwisko

Miesiąc/ Rok : /

Data	Ilość godzin zaplanowanych	Ilość godzin wykonanych	Podpis osoby realizującej świadczenie

.....
Podpis i Pieczętka Przyjmującego Zamówienie

.....

Podpis i Pieczętka Kierownika Oddziału

.....

Podpis i Pieczętka Dyrektora ds. Lecznictwa