

**WZÓR ROZLICZENIA****ZESTAWIENIE ILOŚCIOWE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĄCU .....**

L.p.	Data świadczenia zdrowotnego	Nazwa Kliniki / Oddziału	Ilość konsultacji / godzin	Potwierdzenie/podpis Kierownika Kliniki/ Oddziału

Data .....

.....

Podpis Przyjmującego zamówienie