



**POTWIERDZENIE WYSTAWIONYCH ZLECEŃ ORAZ ICH REALIZACJI**

	Lp	Data wystawienia zlecenia	Kod (SP) Nazwa (SP)	Liczba sztuk	Zaopatrzenie dotyczy miesiąca (nazwę miesiąca wpisać słownie)*	Pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wystawiającego zlecenie	Data realizacji*  Pieczęć i podpis osoby realizującej świadczenie
WYPELNIĄ ZLECAJĄCY ORAZ OSOBA REALIZUJĄCA ŚWIADCZENIE							

\*Zlecenie jest ważne do końca miesiąca, na który zostało wystawione, nie dłużej niż 30 dni.