

**SPRAWOZDANIE Z USŁUGI za miesiąc .....**

Lp.	DATA	DANE PACJENTA	PESEL	LEKARZ ZLECAJĄCY	Skąd	Dokąd	Godz. rozpoczęcia usługi	Godz. zakończenia usługi	Ilość godzin	Ilość km	Wartość za km	Wartość za roboczogodziny	Razem
<b>razem</b>													