

Msiajka Zabiegów

Leamigan

A

| Imię i nazwisko lekarza i identyfikator Nr umowy z NFZ | Rodzaj i ilość udzielonego świadczenia | Liczba wykonanych zabiegów | Nr karty pacjenta |
|--|---|----------------------------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |