

Lp.	Godz. zgłoszenia	IMIĘ I NAZWISKO DATA URODZENIA PESEL	ADRES	LEKARZ KIERUJĄCY LEKARZ RODZINY	LEKARZ IP
	Godz. wyjścia				

z. 93/2014

WYKONANE ZLECENIA LEKARSKIE	NR STATYST. CHOROBY	PROCE- DURA	PRZYJĘCIE LUB ODMOWA