

Lp.	Data	Rodzaj zabiegu (kod)	Podpis wykonującego	Podpis pacjenta(ki)
10				
9				
8				
7				
6				
5				
4				
3				
2				
1				

Lp.	Data	Rodzaj zabiegu (kod)	Podpis wykonującego	Podpis pacjenta(ki)
10				
9				
8				
7				
6				
5				
4				
3				
2				
1				

