**Spis dokumentacji medycznej smp zbiorczej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa dokumentu | Daty skrajne | Liczba dokumentów |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data przekazania do archiwum ………………………

*Podpis osoby przekazującej Podpis osoby przyjmującej*

………………………………………….. ………………………………………..