....

Pieczęć Świadczeniodawcy Nr umowy

.....

Adres miejsca realizacji świadczeń

.....

Nazwa szkoły, miejscowość

Sprawozdanie z procedur wykonanych w ramach Akcji profilaktyki stomatologicznej

L.p.	PESEL dziecka	Kod procedury (23.0101 lub 23.0102)	Data wykonania świadczenia	Wskaźnik puw/PUW

.....

Data, podpis i pieczęć świadczeniodawcy