Robert Mazur

Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.05.23 10:16:06 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej w Oddziale chirurgii naczyniowej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ*

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		Razem	

Czy uzupełniono dokumentację medyczną: ☐ - tak / ☐ - nie **)

** - godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania przez Udzielającego zamówienia do ich wykonywania należy uwzględnić w Załączniku nr 2*
*** - właściwe zaznaczyć*

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej