Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2024.06.11 10:45:42 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych obejmujących konsultacje w zakresie elektrofizjologii

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE W ZAKRESIE ELEKTROFIZJOLOGII

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**OD GODZINY**	**DO GODZINY**	**Ilość godzin udzielania świadczeń***
SUMA GODZIN:			

* UWZGLĘDNIA PEŁNE GODZINY LUB 0,5 GODZINY

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

) – zaznaczyć odpowiednie

……

Pieczęć i podpis lekarza

…….

Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej