Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.07.01 13:00:00 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	ILOŚĆ 12-STO GODZINNYCH CYKLI W DANYM DNIU
		Razem	

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

) – zaznaczyć odpowiednie

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej