Załącznik nr 3 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w SOR w powiązaniu z jednoczesnym pełnieniem funkcji lekarza kierującego tym Oddziałem.

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE**
Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM W TYM
- W POWIĄZANIU Z PEŁNIENIEM FUNKCJI LEKARZA KIERUJĄCEGO TYM ODDZIAŁEM *

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	ILOŚĆ GODZIN W DANYM DNIU:
		Razem:	

*** sprawozdanie poza stałymi godzinami świadczenia usług w SOR powinno zawierać dni i godziny przedzielone jako godziny dyżurowe z oznaczeniem literą „D”**

……
pieczęć i podpis lekarza kierującego

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-02-11 14:54

……
pieczęć i podpis osoby

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-02-11 11:54