Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA WIZYT W DANYM DNIU
		Razem	

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

)** ***– zaznaczyć odpowiednie

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-02-26 13:22

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-02-26 12:11