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

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE UDAROWYM ORAZ PODODDZIALE REHABILITACJI 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***

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-02-26 13:23

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej