Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ
ORAZ ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ
w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 oraz pomiędzy 8.00 a 8.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		Razem	

**) wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny*

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

*****) – WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ***

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-03-25 10:23

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-03-25 07:44