Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej w Poradni chirurgii naczyniowej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ W PORADNI CHIRURGII NACZYNIOWEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**Godziny od – do**	**Ilość wykonanych <u>punktów</u> w danym dniu**
	Razem godzin:	**Suma punktów:**

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

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data:
2025-03-04
08:43

Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data:
2025-03-04 14:39

…… Pieczęć i podpis lekarza

……. Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

…….…. Pieczęć i podpis pracownika Sekcji Rozliczeń Usług Medycznych