*Załącznik nr 2[3] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w …….***

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE KARDIOLOGII W …….**

w godzinach pomiędzy 15.00 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*

** wpisać oddział na którym będą udzielane świadczenia

.....
pieczęć i podpis lekarza zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-03-13 10:57

.....
pieczęć i podpis osoby

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-03-13 07:55