Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO
- DYŻUR MEDYCZNY

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 **)
*****) – zaznaczyć odpowiednie***

.....
pieczęć i podpis lekarza zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-03-13 10:50

.....
pieczęć i

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-03-13 07:49