Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale chorób wewnętrznych i endokrynologii Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KLINICZNYM ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I ENDOKRYNOLOGII SZPITALA WOLSKIEGO

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

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data:
2025-04-08 11:21

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data:
2025-04-08 10:17