Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii w Poradni geriatrycznej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE GERIATRII W PORADNI GERIATRYCZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**Godziny od – do**	**Liczba godzin**
		Suma:

……

Pieczęć i podpis lekarza

…….

Pieczęć i podpis Kierownika Poradni lub osoby wskazanej przez Udzielającego zamówienia

Signed by / Podpisano przez: Robert.Mazur
Date / Data: 2025-04-23 10:31

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-23 08:42

Czy uzupełn[illegible]entację medyczną: ☐ **- tak** / [illegible]**)**

) – zaznaczyć [illegible]nie