Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii i chorób wewnętrznych

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE GERIATRII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
W KLINICZNYM ODDZIALE GERIATRYCZNO - INTERNISTYCZNYM
w godzinach 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.

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

)** – ***WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-23 08:44

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-04-23 10:33

.....
podpis osoby zatwierdzającej