Załącznik nr 2² do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ
w godzinach pomiędzy …….. a …….. W RAMACH TERAPEUTYCZNYCH PROGRAMÓW LEKOWYCH Z PODANIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA ŚWIADCZEŃ – PODANIA TOKSYNY BOTULINOWEJ W DANYM DNIU
		Razem	

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

) – zaznaczyć odpowiednie

……
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-04-08 11:14

……
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-08 10:14