Załącznik nr 2[3] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ -
w godzinach pomiędzy …. a ……

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA GODZIN W DANYM DNIU
		Razem	

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

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-04-08 11:19

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-08 10:39

……
pieczęć i podpis lekarza

……
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej