Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową oraz Oddziale chirurgii naczyniowej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ Z CZĘŚCIĄ URAZOWĄ ORAZ ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ
w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 oraz 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:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-04-01 08:44

....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-01 08:34

....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej