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

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
w godzinach pomiędzy 07.30 a 15.00

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 11:18

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-08 10:38

....

pieczęć i podpis lekarza

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej