Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie elektroradiologii

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z LICZBY GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ELEKTRORADIOLOGII W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		Razem	

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny.

……	……..	……..
czytelny podpis Przyjmującego zamówienie	pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej	pieczęć i podpis Dyrektora lub Pielęgniarki

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-04-23 11:36

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-23 12:41