

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE W ZAKRESIE ELEKTROFIZJOLOGII
miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	OD GODZINY*	DO GODZINY*	Ilość godzin udzielania świadczeń*
SUMA GODZIN:			

* UWZGLĘDNIAMY FAKTYCZNE GODZINY

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

**) – zaznaczyć odpowiednie

.....
Pieczeńć i podpis lekarza

.....
Pieczeńć i podpis osoby zatwierdzającej