*Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii i chorób wewnętrznych*

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE GERIATRII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
W KLINICZNYM ODDZIALE GERIATRYCZNO - INTERNISTYCZNYM
**w godzinach pomiędzy 15.30 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: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-23 08:43

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-04-23 10:32

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej