Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ
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 pełne godziny lub 0,5 godz.

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

****)** – ***WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ***

Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.02.17 14:17:36 +01'00'

..... **.....**
pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej