

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

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

* UWZGLĘDNIA PEŁNE GODZINY LUB 0,5 GODZINY

Czy uzupełniono dokumentację medyczną: - tak / - nie ^{*)}

^{*)} – zaznaczyć odpowiednie

.....
Pieczęć i podpis lekarza

.....
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej