Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.05.05 14:09:44 +02'00'

Załącznik nr1 do umowy na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii w WCZP Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z ILOŚCI PUNKTÓW I GODZIN WYKONANYCH W CZĘŚCI AMBULATORYJNEJ W ZAKRESIE PSYCHOTERAPII

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ:	**GODZINY OD – DO**		**SUMA PUNKTÓW W DANYM DNIU:**	
	Razem godzin:		**Razem pkt-ów:**	

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

)** ***– zaznaczyć odpowiednie

……	……..	……..
pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie	pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej	pieczęć i podpis pracownika Sekcji Rozliczeń Usług Medycznych