Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.05.05 14:10:23 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii w WCZP Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY HARMONOGRAM Z ILOŚCI PUNKTÓW I GODZIN WYKONANYCH W CZĘŚCI AMBULATORYJNEJ WCZP 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