Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.06.16 13:31:23 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Poradni chirurgii ogólnej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W PORADNI CHIRURGII OGÓLNEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**Godziny od – do**	**Ilość wykonanych godzin w danym dniu**
	Suma godzin:	

** - wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.*

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

……	…….	…….….
Pieczęć i podpis lekarza	Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej	Pieczęć i podpis pracownika Sekcji Rozliczeń Usług Medycznych