Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.06.26 14:20:14 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych obejmujących konsultacje w zakresie elektrofizjologii

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE W ZAKRESIE ELEKTROFIZJOLOGII

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