Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.06.15 12:52:39 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	ILOŚĆ 12-STO GODZINNYCH CYKLI W DANYM DNIU
		Razem	

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

****) – zaznaczyć odpowiednie***

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej