

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ**

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY**	DO GODZINY**	SUMA GODZIN W DANYM DNIU**
		Razem	

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

* - godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania przez Udzielającego zamówienia do ich wykonywania należy uwzględnić w Załączniku nr 2
 ** - wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.
 *** - właściwe zaznaczyć

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej