Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.07.27 08:37:34 +02'00'

Załącznik nr 3 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie proktologii w Oddziałach Szpitala

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE **PROKTOLOGII** W ODDZIAŁACH SZPITALA

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DATA:	NR KSIĘGI GŁÓWNEJ PACJENTA:	RODZAJ ŚWIADCZENIA (KONSULTACJA / ZABIEG)	ODDZIAŁ SZPITALA:	WARTOŚĆ ŚWIADCZENIA W ZŁ:

…… Pieczęć i podpis lekarza

……. Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

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

*****) – zaznaczyć odpowiednie***