Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.08.10 13:09:12 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni zdrowia psychicznego WCZP

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PSYCHIATRII W PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO
WOLSKIEGO CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko przyjmującego zamówienie)

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

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

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

*****) – zaznaczyć odpowiednie***

…… pieczęć i podpis lekarza

…… pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej