Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.09.05 12:19:44 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w chorób wewnętrznych

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO
W GODZINACH POMIĘDZY 8.00 A 20.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

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

)** – ***WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

....
pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej