Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.10.05 12:13:39 +02'00'

Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie endoskopii w Pracowni endoskopii

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE MEDYCZNE ZWIĄZANE Z KWALIFIKACJĄ DO ZABIEGÓW ENDOSKOOWYCH

W GODZINACH: 8.00 - 15.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej