

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRACOWNI ENDOSKOPII

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DATA:	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*	WYKONANE GASTROSKOPIE W TRYBIE DYŻUROWYM	WYKONANE KOLONOSKOPIE W TRYBIE DYŻUROWYM
	POZOSTAWANIE W GOTOWOŚCI				
Razem:					

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej