Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.10.27 10:04:17 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PSYCHIATRII W KLINICZNYM ODDZIELA PSYCHIATRYCZNYM I IZBIE PRZYJĘĆ PSYCHIATRYCZNEJ

w godzinach pomiędzy 15:30 a 8:00 oraz pomiędzy 8:00 a 8:00

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.

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

****)** – ***WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ***

..... pieczęć i podpis lekarza

..... pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej