Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.10.31 12:30:59 +01'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PSYCHIATRII W PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

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