Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.10.05 12:04:49 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII Z JEDNOCZESNYM PEŁNIENIEM FUNKCJI LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

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

****) – zaznaczyć odpowiednie***

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej