Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.11.02 15:12:30 +01'00'

Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ ORAZ ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ

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