

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ
w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.30**

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEN	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