Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.11.17 12:34:15 +01'00'

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

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z LICZBY GODZIN POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ*

miesiąc…..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY**	DO GODZINY**	SUMA GODZIN W DANYM DNIU**
		Razem	

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

* - godziny *udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania przez Udzielającego zamówienia do ich wykonywania należy uwzględnić w Załączniku nr 2*

** - *wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.*

*** - *właściwe zaznaczyć*

…… pieczęć i podpis lekarza

…… pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej