Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.12.15 13:57:40 +01'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	ILOŚĆ 12-STO GODZINNYCH CYKLI W DANYM DNIU
		Razem	

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

****) – zaznaczyć odpowiednie***

..... **.....**

pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej