Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.12.08 13:18:10 +01'00'

Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

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

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

…… ……

pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej