Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.01.30 15:06:46 +01'00'

Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii uzależnień i współuzależnień w PLUW Szpitala Wolskiego.

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI PUNKTÓW I GODZIN WYKONANYCH W ZAKRESIE PYSCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ I WSPÓŁUZALEŻNIENIA W PORADNI LECZENIA UZALEŻNIEŃ I WSPÓŁUZALEŻNIENIA MORION SZPITALA WOLSKIEGO NA RZECZ PŁATNIKA NFZ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ:	GODZINY OD – DO	SUMA PUNKTÓW W DANYM DNIU:
	Razem godzin:	**Razem pkt-ów:**

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

……	……..	……..
pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie	pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej	pieczęć i podpis pracownika Sekcji Rozliczeń Usług Medycznych