Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.01.08 12:48:35 +01'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w SOR

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

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	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 *)

****) – zaznaczyć odpowiednie***

....

pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej