

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN WYKONANYCH W ZAKRESIE PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ W RAMACH REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO (URZĄD MIASTA)

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ:	GODZINY OD – DO	SUMA GODZIN 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