Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.02.06 14:39:02 +01'00'

Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ **w godzinach pomiędzy 8.00 a 8.00 dnia następnego (w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia)**

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	**OD GODZINY*:**	**DO GODZINY*:**	**SUMA GODZIN W DANYM DNIU***
		Razem	

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

****)** – ***WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ***

…… pieczęć i podpis lekarza

…… pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej