Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.02.06 14:38:07 +01'00'

Załącznik nr 2 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 15.30 oraz w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00
w dni powszednie

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