Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.02.19 09:15:38 +01'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni leczenia uzależnień i współuzależnienia Morion

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PSYCHIATRII W PORADNI LECZENIA UZALEŻNIEŃ I WSPÓŁUZALEŻNIENIA MORION

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko przyjmującego zamówienie)

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

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

****) – zaznaczyć odpowiednie***

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej