Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2024.03.12 15:26:28 +01'00'

Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w Ośrodku Diagnostyki i Terapii Wewnątrznaczyniowej

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE KARDIOLOGII W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ

w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.00

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej