Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.03.12 15:27:37 +01'00'

Załącznik nr 2 [3] 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 15.00 a 8.00 oraz pomiędzy 8.00 a 8.00

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