Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.03.04 14:30:57 +01'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii i chorób wewnętrznych

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE GERIATRII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
W ODDZIALE GERIATRYCZNO - INTERNISTYCZNYM
w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00

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