Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.03.07 13:15:22 +01'00'

Załącznik nr 1 do umowy
na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych
w zakresie konsultacji neurochirurgicznych

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE KONSULTACJI NEUROCHIRURGICZNYCH W ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**Godziny od – do**	**Oddział Szpitala Wolskiego**	**Liczba wykonanych świadczeń (konsultacji lekarskich)**
Suma:			

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

……
Pieczęć i podpis lekarza

…….
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej