

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z ILOŚCI PUNKTÓW I GODZIN WYKONANYCH W ZAKRESIE PSYCHOTERAPII W PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ:	GODZINY OD – DO	SUMA PUNKTÓW W DANYM DNIO:
	Razem godzin:	Razem pkt-ów:

Czy uzupełniono dokumentację szpitalną: - tak / - nie *)

*) – zaznaczyć odpowiednie

.....
pieczęć i podpis
Przyjmującego zamówienie

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

.....
pieczęć i podpis pracownika
Sekcji Rozliczeń Usług Medycznych