Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.03.19 11:34:11 +01'00'

Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA WIZYT W DANYM DNIU
		Razem	

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

....
pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej