Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2024.04.08 13:12:04 +02'00'

Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, UDAROWYM Z PODODDZIAŁEM REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

w dni powszednie w godzinach pomiędzy 15.00 a 7,30 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach pomiędzy 7.30 a 7.30 dnia następnego

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		Razem	

*wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

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

****)** – ***WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ***

....

pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej