Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.04.10 14:29:37 +02'00'

*Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej*

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ
ORAZ ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ
**w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 oraz pomiędzy 8.00 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