Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.04.18 14:52:50 +02'00'

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

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z KONSULTACJI PACJENTÓW SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO

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 KONSULTACJI W DANYM DNIU
		Razem	

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

****)** – ***WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ***

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej