Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.04.04 12:13:16 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w chorób wewnętrznych

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO

- DYŻUR MEDYCZNY

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