Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.05.08 13:38:45 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej

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

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**Godziny od – do**	**Liczba godzin**
		Suma:

……
Pieczęć i podpis lekarza

…….
Pieczęć i podpis Kierownika Poradni lub osoby wskazanej przez Udzielającego zamówienia

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

*****) – zaznaczyć odpowiednie***