Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE KARDIOLOGII W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO
w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

*) *wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny*

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-03-13 07:53

.....
pieczęć i podpis lekarza zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-03-13 10:55

.....
pieczęć i podpis osoby