

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN REALIZOWANYCH W
RAMACH PRZEDMIOTU UMOWY W ZAKRESIE KARDIOLOGII INWAZYJNEJ**
(dni powszednie oraz sobota, niedziela, święto)

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

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

**) – zaznaczyć odpowiednie

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej