Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	ILOŚĆ 12-STO GODZINNYCH CYKLI W DANYM DNIU*
		Razem	

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny

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

) – zaznaczyć odpowiednie

Signed by / Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2025-05-13 15:47

.....

pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2025-05-13 08:20

.....

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej