

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ***

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

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

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

* - godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania przez Udzielającego zamówienia do ich wykonywania należy uwzględnić w Załączniku nr 2

** - właściwie zaznaczyć

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej