Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Poradni chirurgii ogólnej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W PORADNI CHIRURGII OGÓLNEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**Godziny od – do**	**Ilość wykonanych punktów w danym dniu**
	Razem godzin:	**Suma punktów:**

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

***)** **– właściwe zaznaczyć**

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-06-03 10:57

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-06-03 07:56

…… Pieczęć i podpis lekarza

……. Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

…….…. Pieczęć i podpis Kierownika Przychodni Specjalistycznej