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

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ

– KONSULTACJE PACJENTÓW W ODDZIALE .....

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**Godziny od – do**		**Ilość wykonanych <u>konsultacji</u> w danym dniu**	
	Razem godzin:		**Suma konsultacji:**	

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

***) – właściwe zaznaczyć**

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data:
2025-06-03
07:56

Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data:
2025-06-03 10:58

……
Pieczęć i podpis lekarza

……
Pieczęć i podpis Ordynatora Oddziału