Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII Z JEDNOCZESNYM PEŁNIENIEM FUNKCJI LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY**:	DO GODZINY**:	ILOŚĆ GODZIN W DANYM DNIU
		Razem	

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

)** ***– zaznaczyć odpowiednie

**** wpis obejmuje faktyczne godziny***

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-07-22 08:33

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-07-22 14:40

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej