Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej w Oddziale chirurgii naczyniowej

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*
*** - właściwe zaznaczyć*

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-07-29 15:37

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-07-29 10:49

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej