*Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji neurologicznej w Pododdziale rehabilitacji neurologicznej Szpitala Wolskiego*

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ W PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ SZPITALA WOLSKIEGO
**w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00**

**miesiąc..... rok.....**

**.....**
(imię i nazwisko lekarza )

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

* *wpis obejmuje faktyczne godziny*

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

*****) – zaznaczyć odpowiednie***

**……**
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-08-08 14:05

**……**
pieczęć i podpis osoby udzielającej

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-08-08 07:45