

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH W KLINICZNYM ODDZIALE CHOROÓB
WEWNĘTRZNYCH I ENDOKRYNOLOGII

miesiac..... rok.....

(imię i nazwisko lekarza)

[illegible]

* wpis obejmuje faktyczne godziny.

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

****)** – WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

pieczęć i podpis lekarza

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej