Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań echokardiograficznych

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ ECHOKARDIOGRAFICZNYCH WRAZ Z OPISEM W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM UDAROWYM I PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	ILOŚĆ GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	SUMA BADAŃ WYKONANYCH WRAZ Z OPISEM W DANYM DNIU*
		Razem		

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

****)** – ***WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ***

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-09-03 12:14

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-09-03 08:29

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej