Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ Z CZĘŚCIĄ URAZOWĄ
w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.30

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 **)

****)** – ***WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ***

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-09-18 10:32

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-09-18 07:07