Załącznik nr 3 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie proktologii w Oddziałach Szpitala

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE **PROKTOLOGII** W ODDZIAŁACH SZPITALA

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DATA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:	**SUMA KONSULTACJI W DANYM DNIU:**	**ODDZIAŁ SZPITALA:**
RAZEM:		

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

*****) – zaznaczyć odpowiednie***

……
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

……
Pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-09-16 08:01

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-09-16 10:47