

SPRAWOZDANIE

Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII I REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

W ROK

.....

(imię i nazwisko lekarza)

[illegible]

Dokumentacja medyczna została uzupełniona: TAK/ NIE *

*niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis lekarza

.....
data i podpis osoby zatwierdzającej