Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie endoskopii w Pracowni endoskopii

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE MEDYCZNE ZWIĄZANE Z KWALIFIKACJĄ DO ZABIEGÓW ENDOSKOOWYCH

W GODZINACH: 8.00 - 15.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ:	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
Razem:			

* *wpis obejmuje faktycz*

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-10-09 10:20

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-10-09 08:26

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej