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

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNCYH W PRACOWNI ENDOSKOPII

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DATA:	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*	WYKONANE GASTROSKOPIE W TRYBIE DYŻUROWYM	WYKONANE KOLONOSKOPIE W TRYBIE DYŻUROWYM
	POZOSTAWANIE W GOTOWOŚCI				
Razem:					

* *wpis obejmuje faktyczne godziny.*

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-10-09 08:27

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-10-09 10:21

..... pieczęć i podpis lekarza

..... pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej