Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	ILOŚĆ 12-STO GODZINNYCH CYKLI W DANYM DNIU*
		Razem	

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny

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

*****) – zaznaczyć odpowiednie***

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc

Date / Data: 2025-10-24 10:01

.....

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

.....

pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur

Date / Data: 2025-10-24 11:17