

*Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w
zakresie konsultacji internistyczno –
diabetologicznych w Klinicznym Oddziale
Neurologicznym, Klinicznym Oddziale
Udarowym z Pododdziałem rehabilitacji
neurologicznej Szpitala Wolskiego*

**MIESIĘCZNY HARMONOGRAM Z ILOŚCI KONSULTACJI WYKONANYCH
W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, Klinicznym ODDZIALE
UDAROWYM I PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ W ZAKRESIE
INTERNISTYCZNO - DIABETOLOGICZNYCH**

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ:	GODZINY OD – DO *		SUMA KONSULTACJI W DANYM DNIU:	
	Razem godzin:		Razem :	

*wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

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

****) – zaznaczyć odpowiednie**

pieczęć i podpis
Przyjmującego zamówienie

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej