

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI KONSULTACJI WYKONANYCH
W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE
UDAROWYM I PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ W ZAKRESIE
INTERNISTYCZNO - DIABETOLOGICZNYCH**

miesiac..... rok.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

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

* wpis obejmuje faktyczne godziny

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

****)** – zaznaczyć odpowiednie

pieczęć i podpis Przyjmującego
Zamówienie

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej