Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PSYCHIATRII W PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO SZPITALA WOLSKIEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko przyjmującego zamówienie)

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

**) - wpis obejmuje faktyczne godziny*

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

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-11-25 12:21

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-11-25 11:07

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej