Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Klinicznym Oddziale dziennym rehabilitacji psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PSYCHIATRII W KLINICZNYM ODDZIALE DZIENNYM REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

miesiąc..... rok.....

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

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

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

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