

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z ILOŚCI GODZIN WYKONANYCH W CZĘŚCI
AMBULATORYJNEJ WOLSKIEGO CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO W
PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO W ZAKRESIE PSYCHOTERAPII

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

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

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

*) – zaznaczyć odpowiednie

**) - wpis obejmuje faktyczne godziny

.....
pieczęć i podpis
Przyjmującego zamówienie

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej