Załącznik nr 1 do umowy
na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych
w zakresie konsultacji neurochirurgicznych

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE KONSULTACJI NEUROCHIRURGICZNYCH W ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**Godziny od – do**	**Oddział Szpitala Wolskiego**	**Liczba wykonanych świadczeń (konsultacji lekarskich)**
Suma:			

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

) – zaznaczyć odpowiednie

.....
Pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-12-16 09:46

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-12-16 07:50

.....
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej