

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI PUNKTÓW I GODZIN
WYKONANYCH W ZAKRESIE PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ W PORADNI
LECZENIA UZALEŻNIEŃ I WSPÓLUZALEŻNIENIA MORION SZPITALA
WOLSKIEGO NA RZECZ PŁATNIKA NFZ**

miesiąc..... rok.....

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

DZIEŃ:	GODZINY OD – DO	SUMA PUNKTÓW W DANYM DNIU:
	Razem godzin:	Razem pkt-ów:

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

..... pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie	 pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej	 pieczęć i podpis pracownika Sekcji Rozliczeń Usług Medycznych
---	---	---