

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie
ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń
zdrowotnych w zakresie psychoterapii w
Poradni leczenia uzależnień i
współuzależnienia MORION Szpitala
Wolskiego w ramach realizacji zadania
publicznego (Urząd Miasta)

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN WYKONANYCH W
ZAKRESIE PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ W RAMACH REALIZACJI
ZADANIA PUBLICZNEGO (URZĄD MIASTA)**

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

[illegible]

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

pieczęć i podpis

Przyjmującego zamówienie

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej