

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN
POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ**

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej