

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE
Z LICZBY GODZIN WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ
W RAZIE WEZWANIA W CZASIE 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