Załącznik nr 3[3] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej w Poradni chirurgii naczyniowej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ W PORADNI CHIRURGII NACZYNIOWEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**Godziny od – do**	**Ilość wykonanych <u>punktów</u> w danym dniu**
	Razem godzin:	**Suma punktów:**

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

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-12-11 09:44

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-12-11 10:31

……
Pieczęć i podpis lekarza

…….
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

……..…
Pieczęć i podpis pracownika Sekcji Rozliczeń Usług Medycznych