

SPRAWOZDANIE

Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII I REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE UDAROWYM, PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ (W TYM KONSULTACJI W W ZAKRESIE W INNYCH KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH SZPITALA WOLSKIEGO) W RAMACH TZW. GODZIN DYŻUROWYCH

dni powszednie w godzinach pomiędzy 15.00 a 7.30 dnia następnego (w poniedziałki, wtorki, środy, czwartki), 15.00 a 8.00 dnia następnego (w piątki) oraz w godz. 8.00 a godz. 8.00 dnia następnego (w soboty i święta) oraz w niedzielę w godz. 8.00 a godz. 7.30 dnia następnego

W ROK

(imię i nazwisko lekarza)

[illegible]

.....
data i podpis lekarza

.....
data i podpis osoby zatwierdzającej