

SPRAWOZDANIE

Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII I REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE UDAROWYM, PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ Z JEDNOCZESNYM PEŁNIENIEM FUNKCJI LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM NEUROLOGICZNYM, ODDZIAŁEM UDAROWYM, PODODDZIAŁEM REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ I PORADNIĄ NEUROLOGICZNĄ

w godzinach od 07.30 do 15.00

W ROK

.....

(imię i nazwisko lekarza)

[illegible]

.....
data i podpis lekarza

.....
data i podpis osoby zatwierdzającej