Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży w Klinicznym Oddziale dziennym rehabilitacji psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY W KLINICZNYM ODDZIALE DZIENNYM REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*:
		Razem	

**) wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.*

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2026-02-17 08:36

Uzupełniono dokumentację medyczną: ☐ - tak / ☐ - nie **)

***) – zaznaczyć odpowiednie*

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby potwierdzającej

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2026-02-17 08:02