Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-02-26 10:21

Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w Klinicznym Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE KARDIOLOGII W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO
w godzinach pomiędzy 15.00 a 8.00 oraz pomiędzy 8.00 a 8.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

*) *wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny*

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-02-26 08:28

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej