*Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale geriatryczno-internistycznym*

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE GERIATRII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
W ODDZIALE GERIATRYCZNO - INTERNISTYCZNYM
**w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 oraz pomiędzy 8:00 a 8:00**

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2026-03-10 10:49

**miesiąc..... rok.....**

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

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

*) – *WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ*

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2026-03-10 08:12

..... .....
pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej