Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-03-17 09:07

Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania konsultacji pacjentów hospitalizowanych w Oddziale …… **

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (KONSULTACJI)
W ZAKRESIE NEUROLOGII W ODDZIALE …….**

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

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

* wpis obejmuje faktyczne godziny

** wpisać oddział na którym udzielane były świadczenia

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-03-17 08:24

……

pieczęć i podpis
Przyjmującego zamówienie

……..

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej