Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-03-24 10:40

*Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w SOR*

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII OGOLNEJ W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

**miesiąc..... rok.....**

.....

(imię i nazwisko lekarza )

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

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny.

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

***) – zaznaczyć odpowiednie***

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-03-24 07:36

..... .....

pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej