Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-04-02 13:46

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową oraz Oddziale chirurgii naczyniowej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ Z CZĘŚCIĄ URAZOWĄ ORAZ ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ
w godzinach pomiędzy 15.30 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*

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

****) – *WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ***

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-04-02 09:12

..... pieczęć i podpis lekarza

..... pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej