Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-
04-22 09:50

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w części ambulatoryjnej Wolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego w Poradni zdrowia psychicznego Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PSYCHIATRII W CZĘŚCI AMBULATORYJNEJ WOLSKIEGO CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO W PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko przyjmującego zamówienie)

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

**) - wpis obejmuje faktyczne godziny*

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

*****) – zaznaczyć odpowiednie***

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data:
2026-04-22
07:30

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