Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-05-07 11:46

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych polegających na opisywaniu badań EKG w Klinicznym Oddziale psychiatrycznym w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH POLEGAJĄCYCH NA OPISYWANIU BADAŃ EKG

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

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

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

) – zaznaczyć odpowiednie

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-05-07 08:04

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej