Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-
05-07 11:52

Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w SOR w powiązaniu z pełnieniem funkcji lekarza zastępującego lekarza kierującego tym oddziałem

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE**
Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ
W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM W TYM
- W POWIĄZANIU Z PEŁNIENIEM FUNKCJI LEKARZA ZASTĘPUJĄCEGO LEKARZA KIERUJĄCEGO TYM ODDZIAŁEM

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	ILOŚĆ GODZIN W DANYM DNIU:
		Razem:	

.....
pieczęć i podpis lekarza kierującego

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

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

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej