Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-05-07 11:51

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM W RAMACH TZW. GODZIN DYŻUROWYCH

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	ILOŚĆ 12-STO GODZINNYCH CYKLI 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: 2026-05-07 08:08

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej