Signed by / Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-05-07 12:02

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych obejmujących konsultacje w zakresie kardiologii inwazyjnej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE W ZAKRESIE KARDIOLOGII INWAZYJNEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**OD GODZINY***	**DO GODZINY***	**Ilość godzin udzielania świadczeń***
SUMA GODZIN:			

* UWZGLĘDNIA FAKTYCZNE GODZINY

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

*****) – zaznaczyć odpowiednie***

…….
Pieczęć i podpis lekarza

…….
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-05-07 08:13