Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-05-15 10:53

Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN** REALIZOWANYCH W RAMACH PRZEDMIOTU UMOWY W ZAKRESIE KARDIOLOGII INWAZYJNEJ
(dni powszednie oraz sobota, niedziela, święto)

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

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

*****) – zaznaczyć odpowiednie***

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-05-15 07:41

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej