Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-
06-09 09:11

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII W SIEDZIBIE SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN 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:
2026-06-09
08:06

..... **.....**

pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej