Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-06-09 09:08

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

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE W ZAKRESIE ELEKTROFIZJOLOGII

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: 2026-06-09 08:02