Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-04-28 11:48

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**Godziny od – do**	**Ilość wykonanych punktów w danym dniu**
	Razem godzin:	**Suma punktów:**

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

***) – właściwe zaznaczyć**

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-04-28 07:27

.....	.....	.....
Pieczęć i podpis lekarza	Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej	Pieczęć i podpis pracownika Sekcji Rozliczeń Usług Medycznych i Marketingu