Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-04-28 11:52

Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM
w godzinach pomiędzy 15.00 a 15.30

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA ŚWIADCZEŃ – PODANIA TOKSYNY BOTULINOWEJ W DANYM DNIU
		Razem	

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

) – zaznaczyć odpowiednie

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-04-28 07:34

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej