Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-04-28 11:53

Załącznik nr 2³ do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ -
w godzinach pomiędzy …. a ……

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA GODZIN W DANYM DNIU
		Razem	

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

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-04-28 07:35

…… **……**
pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej