Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

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

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

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
**w godzinach pomiędzy 07.30 a 15.00**

**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