Załącznik nr 2 do umowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w Oddziale Chemioterapii i Poradni Chirurgii Onkologicznej

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ:	**Godziny od – do:**	**Suma w danym dniu:**
	Razem:	
	w tym w Oddziale Chemioterapii:	
	w tym w Poradni Chirurgii Onkologicznej:	

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:

☐ – **TAK*)** ☐ - **NIE*)**

***)** - ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE

…… **……**

pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie pieczęć i podpis osoby Zatwierdzającej