Załącznik nr 2 do umowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w NiŚOZ

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ **LEKARZY**

miesiąc..... rok.....

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

DZIEŃ:	**Godziny od – do: (dni powszednie, soboty i niedziele)**	**Godziny od – do: (dni ustawowo wolne oraz 24 i 31 grudnia)**	**Godziny od – do: (ew. brak obsady 2 lekarzy soboty, niedziele i święta)**	**Suma godzin w danym dniu:**
Razem:				

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:

☐ – **TAK*)** ☐ - **NIE*)**

*) - ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE

…… **……**

pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie

pieczęć i podpis osoby Zatwierdzającej