Załącznik nr 2 do umowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Dzień miesiąca	**Pracownia RTG/USG** - Godz. udzielania świadczeń zdrowotnych od-do *(pon-pt)*	**Pracownia RTG/USG** Godz. udzielania świad. zdrow. od-do *(sob, ndz oraz dni ustawowo wolne)*	**Badania TK** w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych **w Pracowni RTG/USG** *(13:00-8:00)*	**Pracownia TK-** godziny udzielania świadczeń zdrowotnych *(pon-pt 8:00-13:00)*	**Badania TK** powyżej 12 _podczas udzielania świadczeń zdrowotnych **w Pracowni TK** *(pon-pt 8:00-13:00)* - wykonane **poza umową ASDK**	**Badania TK** powyżej 12 _podczas udzielania świadczeń zdrowotnych **w Pracowni TK** *(pon-pt 8:00-13:00)* - wykonane **w ramach umowy ASDK**	**Opis Badania TK** - wykonane **w ramach umowy ASDK**
RAZEM:	**Ilość godzin:**	**Ilość godzin:**	**Ilość badań:**	**Ilość godzin:**	**Ilość badań:**	**Ilość badań:**	**Ilość badań:**

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej