Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pracowni Hemodynamiki

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

Data	Godziny od – do: udzielanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy 8:00 a 20:00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku (tzw. tryb dzienny)	Suma godzin: udzielanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy 8:00 a 20:00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku (tzw. tryb dzienny)	Godziny od – do: pozostawanie w gotowości i udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 20:00 a 8:00 dnia następnego w dni powszednie	Suma godzin: pozostawania w gotowości i udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 20:00 a 8:00 dnia następnego w dni powszednie	Godziny od – do: pozostawanie w gotowości i udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 8:00 a 8:00 dnia następnego w soboty, niedziele, święta (dni wolne od pracy)	Suma godzin: pozostawania w gotowości i udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 8:00 a 8:00 dnia następnego w soboty, niedziele, święta (dni wolne od pracy).
	Razem godzin:		Razem godzin:		Razem godzin:	

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:

☐ – TAK*) ☐ - NIE*)

*) - ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE

PREZES ZARZĄDU
Szpitala Grochowskiego
im. dr med. Rafała Masłona Spółka z o.o.
w Warszawie
Krzysztof Osmański

.....

pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie

.....

pieczęć i podpis osoby Zatwierdzającej