

Załącznik nr 4
do Umowy nr.....

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI
GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W PORADNI GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEJ
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie,
ul. Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa,**

Lp.	Data	Nazwa komórki organizacyjnej	Imię i nazwisko pacjenta oraz PESEL

Zatwierdzam pod względem
merytorycznym

.....
(data, podpis osoby wykonującej
świadczenia zdrowotne)

.....
Sprawdzono: Data i podpis
pracownika Działu ADO

.....
(Zastępca Dyrektora ds. Medycznych
lub inna osoba upoważniona
przez Udzielającego Zamówienia)