Załącznik nr 1
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/5030/94/2022

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA RZECZ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc..... rok.....

Dzień	Forma udzielonych świadczeń		Świadczenia udzielone w ramach wideokonferencji		
	siedziba WSzS	wideokonferencja	liczba	Inicjały pacjenta	7 pierwszych cyfr PESEL-u

….....
Podpis Przyjmującego zamówienie

….....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Głównego Koordynatora procesu leczenia onkologicznego lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych)