Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 63/2025

Burmistrza Gminy i Miasta Miechów z dnia 19.02.2025 r.

1. Harmonogram pracy Poradni w miesiącu……………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godzina | Nazwa zajęć (np. grupa wstępna, zajęcia indywidualne) | Osoba prowadząca | Liczba mieszkańców  gminy Miechów |
|  |  |  |  |  |

1. Wykaz godzin i dat pracy lekarza i pielęgniarki:

…………………………………………………

…………………………………………………

1. Oświadczam, iż w miesiącu ……………………………. w poradni leczenia uzależnień przyjęto …………………… pacjentów, którzy otrzymali wsparcie w ramach umowy z Gminą Miechów i nie otrzymali jednocześnie świadczeń finansowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w tym zakresie.

………………………………….

(pieczątka i podpis)