

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

....., dn.
(miejscowość)

**SPRAWOZDANIE
Z DZIAŁALNOŚCI W ZAKRESIE ORZECZNICTWA SPORTOWO-LEKARSKIEGO
za rok**

Nazwisko i imię

Nr certyfikatu Termin ważności.....

Miejsce prowadzenia
działalności

Miejsce przechowywania dokumentacji
lekarskiej

Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia

tak

nie

Orzecznictwo sportowo-lekarskie:

Liczba sportowców

Liczba udzielonych świadczeń

Liczba orzeczeń o zdolności

Liczba orzeczeń o niezdolności czasowej

trwalej

Powody orzeczenia
niezdolności

.....
(podpis i pieczęć)