

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

- w dni powszednie:
- w dni wolne od pracy, niedziele i święta:

.....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds Medycznych)