

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ W ODDZ. GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZYM  
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Nazwisko i imię lekarza..... miesiąc:..... 20..... roku

<i>Dzień udzielania świadczeń</i>	<i>Komórka organizacyjna</i>	<i>Godziny</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>	<i>Tryb udzielania świadczeń*</i>	
		<i>od</i>	<i>do</i>		<i>stacjonarny</i>	<i>pod telefonem</i>

\* zaznaczyć x właściwą kolumnę

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

<i>Rodzaj dnia</i>	<i>Świadczenia udzielane w trybie stacjonarny</i>	<i>Świadczenia udzielane w trybie pod telefonem</i>
- dni robocze:		
- dni wolne od pracy, niedziele i święta:		

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....  
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych  
(podpis Ordynatora Oddz. Ginekologiczno - Położniczego WSzS w Białej Podlaskiej  
lub osoby upoważnionej)