Załącznik nr 2
do umowy nr …./ZO/ŚZ-2/5030/23/2019

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ

W ODDZIALE URAZOWO – ORTOPEDYCZNYM WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc:..... 20..... rok

Dzień	***Dzień tygodnia***	***Udzielanie świadczeń zdrowotnych***	***Pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych***	***Godziny***		***Suma godzin w danym dniu***
				od	***do***	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

Rodzaj dnia	***Świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym***	***Świadczenia w trybie pod telefonem***
	Poza normalną ordynacją	
Dni robocze		
W soboty, niedziele i święta		

….....

podpis Przyjmującego Zamówienie

.....

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Z–cy Dyrektora ds Medycznych WSzS w Białej Podlaskiej
lub osoby upoważnionej).