Załącznik nr 1
do umowy nr .../ZO/5030/14/2020

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ W ODDZ. CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I GERIATRII WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

Dzień udzielania świadczeń	***Komórka organizacyjna***	***Godziny***		***Suma godzin w danym dniu***
		od	***do***	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

Rodzaj dnia	***Świadczenia udzielane w trybie stacjonarny***
- dni robocze:	
- soboty, niedziele i święta:	

….....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis lekarza kierującego Oddz. Chorób Wew. i Geriatrii lub Z-cy Dyrektora ds Medycznych WSzS w Białej Podl.)