Załącznik nr 1b
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.71/2026

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ W DZIALE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

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

* zaznaczyć x właściwą kolumnę

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

Rodzaj dnia	*Świadczenia udzielane w trybie stacjonarny*	*Świadczenia udzielane w trybie pod telefonem*
- dni robocze:		
- pozostałe dni:		

….....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Z-cy Dyrektora ds. Medycznych lub pełniącego jego zastępstwo)