Załącznik nr 1
do umowy nr ……/DPK/ŚZ-2/503.73/2026

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI ORAZ POZA GODZINAMI NORMALNEJ ORDYNACJI
W Oddziale Onkologii Klinicznej, Oddziale Chemioterapii Dziennej i w Poradni Onkologicznej
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Nazwisko i imię lekarza: …… miesiąc:..... 2026 roku

Data	***Komórka organizacyjna***	***Godziny normalnej ordynacji***		***Godziny poza normalną ordynacją***		***Łączna liczba godzin***
		od	***do***	***od***	***do***	

….....
Podpis Przyjmującego zamówienie

……..……

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Lek. Kierującego Oddz. Onkologii Klinicznej lub pełniącego jego zastępstwo)

……..……

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych lub pełniącego jego zastępstwo)

PROJEKT