

**Wykaz wezwań do udzielenia świadczeń zdrowotnych w godzinach poza normalną ordynacją na rzecz
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej**

miesiąc 20..... roku

| <i>Komórka organizacyjna</i> | <i>Imię i nazwisko wzywanego</i> | <i>Dzień wezwania</i> | <i>Godzina wezwania</i> | <i>Imię i nazwisko wzywającego</i> | <i>Przyczyna wezwania</i> | <i>Godzina przybycia</i> | <i>Godzina wyjścia</i> | <i>Ilość godzin udzielania świadczeń na wezwanie</i> |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

.....
suma godzin

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
potwierdzenie wezwań
(Z-ca Dyrektora ds. Medycznych lub pełniącego jego zastępstwo)