Załącznik nr 4
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.76/2026

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PORADNI CHORÓB ZAKAŹNYCH WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Imię i nazwisko: …….. miesiąc:..... 20..... rok

Dzień	***Dzień tygodnia***	***Godziny***		***Czas udzielania świadczeń***	
		od	***do***	***Godzin***	***minut***

Data sporządzenia: …….

…..... .....……..

podpis Przyjmującego Zamówienie

podpis kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych
WSzS w Białej Podl. lub pełniącego jego zastępstwo