

Załącznik nr 1
do umowy nr/ZO/ŚZ-2/5030/7/2019

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO
IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOŚCIU**

Imię i nazwisko lekarza.....miesiąc:..... 20.... roku

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Suma godzin	ilość godzin pełnienia dyż. GLDSzp.	ilość wypisów
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

Ogółem w miesiącu pełniono dyżur GLD Szpitala godzin:

Ogółem w miesiącu dokonano wypisów:

.....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Ordynatora Oddziału)