

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ W Oddziale Ftyzjopulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej  
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

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

| <i>Dzień udzielania świadczeń</i> | <i>Komórka organizacyjna</i> | <i>Godziny</i> |           | <i>Suma godzin w danym dniu</i> |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------|-----------|---------------------------------|
|                                   |                              | <i>od</i>      | <i>do</i> |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |
|                                   |                              |                |           |                                 |

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

| <i>Rodzaj dnia</i>                        | <i>Świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym</i> |
|---|--|
| - dni robocze:                            |  |
| - dni wolne od pracy, niedziele i święta: |  |

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....  
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis ordynatora Oddz.Ftyzjopulmon.i Onkologii Pulmonolo. WSzS w Białej Podl. lub pełniącego jego zastępstwo)