

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI LEKARSKIEJ W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOŚCIU**

Imię i nazwisko lekarza: ....., miesiąc: ..... 20..... rok

Lp	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Suma godzin
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Ilość godzin w miesiącu udzielania świadczeń zdrowotnych: .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza  
udzielającego  
świadczeń zdrowotnych)

.....  
Potwierdzenie wykonania  
świadczeń zdrowotnych  
(podpis i pieczęć Lekarza Kierującego Oddziałem)