Załącznik nr 1
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/5030/31/2021

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ODDZIALE URAZOWO - ORTOPEDYCZNYM WSzS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc:..... 20..... rok

Dzień	***Dzień tygodnia***	***Miejsce udzielania świadczeń***	***Godziny***		***Suma godzin w danym dniu***
			od	***do***	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin: .....

….....

podpis Przyjmującego Zamówienie

.....

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Ordynatora Oddziału Urazowo - Ortopedycznego
WSzS w Białej Podlaskiej
lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych)