Załącznik nr 12
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/5030/42/2021

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc: ……..

Dzień	***Dzień tygodnia***	***Godziny***		***Suma godzin pozostawania w gotowości***	***Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczeń***	***Komórka organizacyjna***
		od	***do***			

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

……..
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

……
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds Medycznych
lub pełniącego jego zastępstwo)