

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ W ZAKŁADZIE RADIOLOGII
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
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:.....

.....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Kierownika Zakładu Radiologii)