Załącznik nr 9
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/5030/84/2022 PAKIET NR 1

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W ZESPOLE PRACOWNI ENDOSKOPOWYCH WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

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 Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych WSzS w Białej Podlaskiej (pełniącego jego zastępstwo))