Załącznik nr 1
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503/5/2023

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ W Oddziale Chorób Wewnętrznych

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

Dzień udzielania świadczeń	***Komórka organizacyjna***	***Godziny***		***Suma godzin w danym dniu***
		od	***do***	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

Rodzaj dnia	***Świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym***
- dni robocze:	
- dni wolne od pracy, niedziele i święta:	

….....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

……

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Lek.Kierującego Oddz. Chorób Wewnętrznych WSzS w Białej Podl. lub pełniącego jego zastępstwo)