

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W Oddziale Okulistycznym i Poradni Okulistycznej
W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

<i>Dzień</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Godziny od - do</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>
		<i>Oddział Okulistyczny</i>	<i>Poradnia Okulistyczna</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin: Oddział

Poradnia

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Lek.Kierującego Oddz.Okulistycznym lub pełniącego jego zastępstwo)

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych lub pełniącego jego zastępstwo)