

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ W Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, Pododdziałem
Rehabilitacji Neurologicznej
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

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

<i>Dzień udzielania świadczeń</i>	<i>Komórka organizacyjna</i>	<i>Godziny</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>
		<i>od</i>	<i>do</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

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

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Lek.Kierującego Oddz. Neurologicznym lub Z-cy Dyr. ds. Medycznych)