Załącznik nr 15
do umowy nr .../ZO/ŚZ-2/5030/24/2020

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI ORAZ POZA GODZINAMI NORMALNEJ ORDYNACJI W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc:..... 20..... roku

Dzień	***Dzień tygodnia***	***Godziny***		***Suma godzin***
		od	***do***	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

Rodzaj dnia	***Świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym***	
	Normalna ordynacja	*Poza normalną ordynacją*
Dni robocze		
W soboty, niedziele i święta	-	

….....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds Medycznych)