

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
POZA GODZINAMI NORMALNEJ ORDYNACJI w ODDZIALE NEONATOLOGICZNYM
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:

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

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