

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W ODDZIALE GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZYM
W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Nazwisko i imię lekarza.....

miesiąc:..... 20..... roku

<i>Dzień</i>	<i>Miejsce udzielania świadczeń Oddział</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 Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych WSzS w Białej
Podlaskiej)