

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
POZA GODZINAMI NORMALNEJ ORDYNACJI W ODDZIALE GINEKOLOGICZNO –
POŁOŻNICZYM 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:

<i>Rodzaj dnia</i>	<i>Świadczenia udzielane w trybie stacjonarny</i>
- dni robocze:	
- inne dni:	

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych WSzS w Białej Podlaskiej)