

**Wykaz wezwań do udzielenia świadczeń zdrowotnych w godzinach poza normalną ordynacją na rzecz  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej**

miesiąc ..... 20..... roku

| <i>Komórka organizacyjna</i> | <i>Imię i nazwisko wzywanego</i> | <i>Data wezwania</i> | <i>Godzina wezwania</i> | <i>Imię i nazwisko wzywającego</i> | <i>Przyczyna wezwania</i> | <i>Godzina przybycia</i> | <i>Godzina wyjścia</i> | <i>Ilość godzin udzielania świadczeń na wezwanie</i> |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------------------------------------|
|                              |                                  |                      |                         |                                    |                           |                          |                        |                                                      |
|                              |                                  |                      |                         |                                    |                           |                          |                        |                                                      |
|                              |                                  |                      |                         |                                    |                           |                          |                        |                                                      |
|                              |                                  |                      |                         |                                    |                           |                          |                        |                                                      |
|                              |                                  |                      |                         |                                    |                           |                          |                        |                                                      |
|                              |                                  |                      |                         |                                    |                           |                          |                        |                                                      |

.....  
suma godzin

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....  
potwierdzenie wezwań  
Z-ca Dyrektora ds. Medycznych