

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W Oddziale Okulistycznym i Poradni Okulistycznej
W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Nazwisko i imię lekarza..... miesiąc:..... 20.... roku

<i>Dzień</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Godziny od - do</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>
		<i>Oddział Okulistyczny</i>	<i>Poradnia Okulistyczna</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin: Oddział

Poradnia

.....

podpis Przyjmującego zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Lek. Kierującego Oddz. Okulistycznym lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych)

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych lub pełniącego jego zastępstwo)