

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W ODDZIALE OKULISTYCZNYM
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Nazwisko i imię lekarza

miesiąc:..... roku.....

<i>Dzień udzielania świadczeń</i>	<i>Komórka organizacyjna</i>	<i>Godziny pod telefonem</i>		<i>Suma godzin pozostawania w gotowości po odjęciu czasu udzielania świadczeń na wezwanie</i>
		<i>od</i>	<i>do</i>	

Ogółem w miesiącu godzin pozostawania w gotowości.

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych lub pełniącego jego zastępstwo)