

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZESPOLE SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO Z IZBĄ PRZYJĘĆ**

Imię i nazwisko: miesiąc:..... 20.... rok

<i>Data</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Miejsce udzielania świadczeń</i>	<i>Godziny</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>
			<i>od</i>	<i>do</i>	

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Kierownika Zespołu SOR z Izbą Przyjęć
WSzS w Białej Podlaskiej
lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych)