

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W PORADNI ALERGOLOGICZNEJ WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Imię i nazwisko

miesiąc:..... 20..... rok

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

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis lekarza kierującego Oddziałem Ftyzjopulmonologii i Chorób
Wewnętrznych WSzS w Białej Podlaskiej (lub pełniącego jego
zastępstwo)

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