

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZESPOLE PORADNI SPECJALISTYCZNYCH
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

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

Data udzielania świadczeń	Komórka organizacyjna (Poradnia)	Godziny		Suma godzin w danym dniu
		od	do	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych lub osoby zastępującej)