

**MIESIĘCZNY WYKAZ WEZWAŃ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH POZA GODZINAMI NORMALNEJ
ORDYNACJI W ODDZIALE URAZOWO - ORTOPEDYCZNYM
WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Imię i nazwisko:

miesiąc 202..... roku

<i>Komórka organizacyjna</i>	<i>Data wezwania</i>	<i>Godzina wezwania</i>	<i>Imię i nazwisko wzywającego</i>	<i>Przyczyna wezwania</i>	<i>Godzina przybycia</i>	<i>Godzina wyjścia</i>	<i>Ilość godzin udzielania świadczeń na wezwanie</i>

.....
suma godzin

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
potwierdzenie wezwań
(podpis Lek. Kierującego Oddz. Urazowo – Ortopedycznym lub pełniącego jego zastępstwo)