

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W ODDZIALE URAZOWO - ORTOPEDYCZNYM
WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Nazwisko i imię: miesiąc:..... 202..... roku

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

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

1. pozostawania w gotowości:
2. udzielania świadczeń na wezwanie:

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Lek. Kierującego Oddz. Urazowo – Ortopedycznym lub pełniącego jego zastępstwo)