

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W Oddziale Kardiologicznym i w Poradni Kardiologicznej
W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

<i>Data</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Miejsce udzielania świadczeń</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>
		<i>Oddział Kardiologiczny (godziny od – do)</i>	<i>Poradnia Kardiologiczna (godziny od – do)</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowano:

w Oddziale Kardiologicznym godzin

w Poradni Kardiologicznej godzin

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Lek. Kierującego Oddz. Kardiologicznym
lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych)