Załącznik nr 1
do umowy nr ……./DPK/ŚZ-2/503.62/2026

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W <u>SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM Z IZBĄ PRZYJĘĆ</u>

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Nazwisko i imię ratownika medycznego …….. miesiąc:..... 20…..... roku

Data udzielania świadczeń	***Godziny***		***Suma godzin w danym dniu***
	od	***do***	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin: …….

….....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

……..……

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Pielęgniarki Oddziałowej SOR lub pełniącego jej zastępstwo)

PROJEKT