

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W PORADNI GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZEJ WCHODZĄCEJ W
SKŁAD CENTRUM KOBIETA MATKA DZIECKO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Imię i nazwisko: miesiąc:..... 20.... rok

<i>Dzień</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Godziny</i>		<i>Czas udzielania świadczeń</i>	
		<i>od</i>	<i>do</i>	<i>Godzin</i>	<i>minut</i>

Data sporządzenia:

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
podpis Kierownika Centrum KMDz
lub pełniącego jego zastępstwo