Załącznik nr 6
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/5030/83/2022

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PORADNI UROLOGICZNEJ I PRACOWNIACH DIAGNOSTYCZNYCH ODDZIAŁU UROLOGICZNEGO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

Dzień	***Dzień tygodnia***	***Godziny***		***Czas udzielania świadczeń***	
		od	***do***	***Godzin***	***minut***

*zaznacz właściwe x

Data sporządzenia: …….

…..... podpis Przyjmującego Zamówienie

..... podpis z Z-cy Dyrektora d/s Medycznych lub pełniącego zastępstwo