Załącznik nr 6
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.18.2023

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z DNI I LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PORADNI ENDOKRYNOLOGICZNEJ 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 Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych