

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W
GODZINACH POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ LEKARSKĄ W SZPITALNYM
ODDZIALE RATUNKOWYM SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA
WOJEWÓDZKIEGO IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOŚCIU**

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

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Suma godzin	Ilość godzin udzielania świadczeń przez Głównego Lekarza Dyżurnego Szpitala.
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

1. Ilość godzin w miesiącu udzielania świadczeń zdrowotnych:

2. Ilość godzin udzielania świadczeń przez Głównego Lekarza Dyżurnego Szpitala:

3. Ilość wypisów

4. Ilość badań osób zatrzymanych

.....
(podpis i pieczęć lekarza
udzielającego
świadczeń zdrowotnych)

.....
Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych
(podpis i pieczęć Lekarza Kierującego Oddziałem)