Załącznik nr 10
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.22.2023

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PODODDZIALE NEUROCHIRURGII WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Nazwisko i imię lekarza..... miesiąc:..... 20..... roku

Dzień udzielania świadczeń	***Komórka organizacyjna***	***Godziny pod telefonem***		***Suma godzin pozostawania w gotowości po odjęciu czasu udzielania świadczeń na wezwanie***
		od	***do***	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

1. pozostawania w gotowości: ……
2. udzielania świadczeń na wezwanie: ……...

….....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (Lekarz Kierujący Pododdziałem Neurochirurgii lub pełniący jego zastępstwo)