

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH POZA
GODZINAMI NORMALNEJ ORDYNACJI W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ
TERAPII WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

miesiąc:..... 20..... roku

<i>Dzień</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Godziny</i>		<i>Ilość godzin</i>
		<i>od</i>	<i>do</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

<i>Rodzaj dnia</i>	<i>Świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym</i>
	<i>Poza normalną ordynacją</i>
Dni robocze	
W soboty, niedziele i święta	

.....
Potwierdzenie Przyjmującego zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds Medycznych lub pełniącego jego zastępstwo)