

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM Z IZBĄ PRZYJĘĆ
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

Data udzielania świadczeń	Godziny		Suma godzin w danym dniu
	od	do	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Koordynatora SOR lub pełniącego jego zastępstwo)