

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**W Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Pododdziałem Chirurgii**  
**Onkologicznej oraz Poradni Chirurgii Ogólnej**  
**W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

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

| <i>Dzień</i> | <i>Dzień tygodnia</i> | <i>Godziny od - do</i> |                 | <i>Suma godzin<br/>w danym dniu</i> |
|--------------|-----------------------|------------------------|-----------------|-------------------------------------|
|              |                       | <i>Oddział</i>         | <i>Poradnia</i> |                                     |
|              |                       |                        |                 |                                     |
|              |                       |                        |                 |                                     |
|              |                       |                        |                 |                                     |
|              |                       |                        |                 |                                     |
|              |                       |                        |                 |                                     |
|              |                       |                        |                 |                                     |
|              |                       |                        |                 |                                     |
|              |                       |                        |                 |                                     |
|              |                       |                        |                 |                                     |
|              |                       |                        |                 |                                     |

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin: Oddział .....

Poradnia .....

.....

podpis Przyjmującego Zamówienie

.....  
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych  
(podpis Lek.Kierującego Oddz.Chirurgicznym z Pododdziałami lub pełniącego  
jego zastępstwo)

.....  
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych  
(podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych lub pełniącego jego  
zastępstwo)