

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W Oddziale Otolaryngologicznym W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI WSZS W BIAŁEJ
PODLASKIEJ

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

<i>Data</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Miejsce udzielania świadczeń</i> <i>Oddział</i>	<i>Godziny</i>		<i>Suma godzin</i> <i>w danym dniu</i>
			<i>od</i>	<i>do</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Lekarza Kierującego Oddziałem Otolaryngologicznym WSzS
w Białej Podlaskiej (pełniącego jego zastępstwo))