

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH
W PORADNI HEMATOLOGICZNEJ
I W ODDZIALE HEMATOLOGICZNYM
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Imię i nazwisko: miesiąc: 20.... rok

<i>Data</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Miejsce udzielania świadczeń (Poradnia/Oddział)</i>	<i>Godziny</i>		<i>Czas udzielania świadczeń</i>
			<i>od</i>	<i>do</i>	

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych lub osoby zastępującej

.....
podpis Lekarz Kierującego Oddziałem Hematologicznym lub osoby zastępującej