

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałami / Poradni Chirurgii Ogólnej
WSzS w BIAŁEJ PODLASKIEJ W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI

miesiąc:..... 20.... rok

<i>Data</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Miejsce udzielania świadczeń</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>
		<i>Oddział (godziny od – do)</i>	<i>Poradnia (godziny od – do)</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowano:

w Oddziale godzin

w Poradni godzin

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis lek. kierującego Oddz. Chirurgicznym Ogólnym
WSzS w Białej Podlaskiej lub pełniącego jego zastęp[stwo])