

**Wykaz wezwań do udzielenia świadczeń zdrowotnych w godzinach poza normalną ordynacją na rzecz
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej**

miesiąc 20..... roku

<i>Komórka organizacyjna</i>	<i>Imię i nazwisko wzywanego</i>	<i>Dzień wezwania</i>	<i>Godzina wezwania</i>	<i>Imię i nazwisko wzywającego</i>	<i>Przyczyna wezwania</i>	<i>Godzina przybycia</i>	<i>Godzina wyjścia</i>	<i>Ilość godzin udzielania świadczeń na wezwanie</i>

.....
suma godzin

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
potwierdzenie wezwań
(Zastępca Dyrektora ds. Medycznych lub pełniący jego zastępstwo)