

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH POZA
GODZINAMI NORMALNEJ ORDYNACJI W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ
TERAPII WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

miesiąc:..... 20..... roku

<i>Dzień</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Godziny</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>	<i>Tryb udzielania świadczeń*</i>	
		<i>od</i>	<i>do</i>		stacjonarny	pod telefonem

*zaznaczyć X właściwą kolumnę

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

<i>Rodzaj dnia</i>	<i>Świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym</i>	<i>Świadczenia udzielane w trybie pod telefonem</i>
Dni robocze		
Inne dni		

.....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds Medycznych lub pełniącego jego zastępstwo)