

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZESPOLE PORADNI SPECJALISTYCZNYCH  
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

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

| <i>Data udzielania świadczeń</i> | <i>Komórka organizacyjna (Poradnia)</i> | <i>Godziny</i> |           | <i>Suma godzin w danym dniu</i> |
|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------|-----------|---------------------------------|
|                                  |                                         | <i>od</i>      | <i>do</i> |                                 |
|                                  |                                         |                |           |                                 |
|                                  |                                         |                |           |                                 |
|                                  |                                         |                |           |                                 |
|                                  |                                         |                |           |                                 |
|                                  |                                         |                |           |                                 |
|                                  |                                         |                |           |                                 |
|                                  |                                         |                |           |                                 |
|                                  |                                         |                |           |                                 |
|                                  |                                         |                |           |                                 |
|                                  |                                         |                |           |                                 |
|                                  |                                         |                |           |                                 |

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin: .....

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....  
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych lub osoby zastępującej)