

Załącznik nr 1
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.8/2026

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W ODDZIALE URAZOWO - ORTOPEDYCZNYM
W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

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

[illegible]

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

podpis Przyjmującego Zamówienie

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych WSzS w Białej
Podlaskiej)