

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
w normalnej ordynacji w Oddziale Chorób Wewnętrznych
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

<i>Dzień udzielania świadczeń</i>	<i>Komórka organizacyjna</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 Lek.Kierującego
Oddz. Chorób Wewnętrznych WSzS w Białej Podl. lub pełniącego jego zastępstwo)