

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ODDZIALE
OTOLARYNGOLOGICZNYM POZA GODZINAMI NORMALNEJ ORDYNACJI
W WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Nazwisko i imię:

miesiąc:..... 202..... roku

<i>Data 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:

<i>Rodzaj dnia</i>	<i>Świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym</i>
- dni robocze:	
- pozostałe dni:	

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Lek. Kierującego Oddz. Otolaryngologicznym lub pełniącego jego zastępstwo)