

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W Zespole Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć W WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

<i>Data</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Godziny</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>
		<i>od</i>	<i>do</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowanogodzin

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Z-cy Dyrektora ds. Medycznych)