

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej
W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

<i>Dzień</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Godziny od - do</i>	<i>Suma godzin w danym dniu</i>
		<i>Oddział Neurologiczny z Pododdziałami</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

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