Załącznik nr 3
do umowy nr ……/DPK/ŚZ-2/503.117/2026

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

w Poradni Onkologicznej WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

Data	***Dzień tygodnia***	***Godziny***		***Suma godzin w danym dniu***
		od	***do***	

Ogółem w miesiącu wypracowano ……godzin

….....

podpis Przyjmującego Zamówienie

.....

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych lub osoby zastępującej)

PROJEKT