Załącznik nr 6
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.115/2026

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W <u>PORADNI KARDIOLOGICZNEJ</u> WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Nazwisko i imię Przyjmującego zamówienie: ..... miesiąc:..... 20..... roku

Dzień	***Dzień tygodnia***	***Godziny od - do***	***Suma godzin w danym dniu***
		Poradnia Kardiologiczna	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin: …….

….....

podpis Przyjmującego Zamówienie

.....

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych lub pełniącego jego zastępstwo)