Załącznik nr 1
do umowy nr ……./DPK/ŚZ-2/503.118/2026

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W <u>ZESPOLE PORADNI SPECJALISTYCZNYCH</u>

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

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

Data udzielania świadczeń	***Komórka organizacyjna (Poradnia)***	***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