Załącznik nr 4
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.119/2026 PAKIET NR 2

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH POZA GODZINAMI NORMALNEJ ORDYNACJI W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc:..... 20..... roku

Dzień	***Dzień tygodnia***	***Godziny***		***Ilość godzin***
		od	***do***	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

Rodzaj dnia	***Świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym***
	Poza normalną ordynacją
Dni robocze	…….
W inne dni	…….

….....
Potwierdzenie Przyjmującego zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds Medycznych lub pełniącego jego zastępstwo)