Załącznik nr 4
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.120/2026

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W GODZINACH NORMALNEJ ORDYNACJI W ODDZIALE NEUROCHIRURGICZNYM WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc:..... 20..... roku

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

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:……...

….....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

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