Załącznik nr 1a
do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.123/2026

Wykaz wezwań do udzielenia świadczeń zdrowotnych w godzinach poza normalną ordynacją na rzecz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

miesiąc …..... 20..... roku

Komórka organizacyjna	*Imię i nazwisko wzywanego*	*Dzień wezwania*	*Godzina wezwania*	*Imię i nazwisko wzywającego*	*Przyczyna wezwania*	*Godzina przybycia*	*Godzina wyjścia*	*Ilość godzin udzielania świadczeń na wezwanie*

…….
suma godzin

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

….....
potwierdzenie wezwań
(Lekarz Kierujący Oddziałem lub pełniący jego zastępstwo)