Załącznik nr 1b
do umowy nr …/DPK/ŚZ-2/503.123/2026

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ W Oddziale Okulistycznym

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Nazwisko i imię lekarza..... miesiąc:..... 20..... roku

Dzień udzielania świadczeń	*Komórka organizacyjna*	*Godziny*		*Suma godzin w danym dniu*	*Tryb udzielania świadczeń**	
		od	*do*		*stacjonarny*	*pod telefonem*

* zaznaczyć x właściwą kolumnę

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

Rodzaj dnia	*Świadczenia udzielane w trybie stacjonarny*	*Świadczenia udzielane w trybie pod telefonem*
- dni robocze:		
- dni wolne od pracy, niedziele i święta:		

….....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Lek.Kierującego Oddz. Okulistycznym lub pełniącego jego zastępstwo)