

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W Oddziale Kardiologicznym – WP (Pododdział Kardiologii Inwazyjnej),
Pracowni Hemodynamiki, Poddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego **WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ****

Nazwisko i imię lekarza

miesiąc:..... 20.... roku

<i>Dzień</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Godziny</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>	<i>Komórka organizacyjna</i>
		<i>od</i>	<i>do</i>		

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

- w dni robocze (od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy) :
- w inne dni:

.....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis
Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych WSzS w Białej Podlaskiej)