

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**POZA GODZINAMI NORMALNEJ ORDYNACJI W** Oddziale Kardiologicznym – WP  
(Pododdział Kardiologii Inwazyjnej), Pracowni Hemodynamiki, Poddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego  
**WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Nazwisko i imię lekarza .....

miesiąc:..... 20..... rok

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