Załącznik nr 4 do umowy nr ……

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W OBSZARZE NR IV WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc:..... 20..... roku

Dzień	***Dzień tygodnia***	***Godziny***		***Suma godzin***	***Imię i nazwisko lekarza***	***Komórka***
		od	***do***			

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

- w dni powszednie (od poniedziałku do piątku): ….....
- w dni wolne od pracy, niedziele i święta: ….....

….....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

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