Załącznik nr 3 do umowy nr ...

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM Z IZBĄ PRZYJĘĆ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc:..... 20..... roku

Dzień	***Dzień tygodnia***	***Godziny***		***Suma godzin w danym***	***Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczeń***	***Komórka organizacyjna***
		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)