

Załącznik nr 2
do umowy nr

**MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
POZA NORMALNĄ ORDYNACJĄ W OBSZARZE.....
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

miesiąc:..... 20..... roku

<i>Dzień</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Godziny</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>	<i>Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczeń</i>	<i>Komórka organizacyjna</i>
		<i>od</i>	<i>do</i>			

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

- w dni powszednie:
- w dni wolne od pracy, niedziele i święta:

.....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds Medycznych)