

**Wykaz pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych
przez lek. w miesiącu 202...r.**

Lp.	Data i godz. rozpoczęcia udzielania świadczeń	Data i godz. zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Suma godzin
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

.....
(podpis lekarza realizującego umowę)

.....
podpis Lekarza Kierującego Oddziałem