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

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

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)

WZÓR