

MIESIĘCZNY WYKAZ GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
POZA GODZINAMI NORMALNEJ ORDYNACJI W Oddziale Kardiologicznym – WP
(Pododdział Kardiologii Inwazyjnej), Pracowni Hemodynamiki, Poddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Nazwisko i imię lekarza

miesiąc:..... 20..... rok

<i>Dzień</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Godziny</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>	<i>Komórka organizacyjna</i>
		<i>od</i>	<i>do</i>		

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

- w dni robocze (od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy):
- w inne dni:

.....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis
Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych WSzS w Białej Podlaskiej)