

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ:	Godziny od – do: udzielanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy 8:00 a 20:00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku (tzw. tryb dzienny)	Suma godzin: udzielanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy 8:00 a 20:00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku (tzw. tryb dzienny)	Godziny od – do: pozostawanie w gotowości i udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 20:00 a 8:00 dnia następnego w dni powszednie	Suma godzin: pozostawania w gotowości i udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 20:00 a 8:00 dnia następnego w dni powszednie	Godziny od – do: pozostawanie w gotowości i udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 8:00 a 8:00 dnia następnego w soboty, niedziele, święta i w dniu 24 grudnia.	Suma godzin: pozostawania w gotowości i udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 8:00 a 8:00 dnia następnego w soboty, niedziele, święta i w dniu 24 grudnia.
	Razem godzin:		Razem godzin:		Razem godzin:	

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:

 – TAK*) - NIE*)

*) - ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE

.....
pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie.....
pieczęć i podpis osoby Zatwierdzającej