Załącznik

ZESTAWIENIE

dni i godzin, w których wykonywane były świadczenia zdrowotne w szpitalnym Oddziale Chirurgicznym

w m – cu ..... r.
(miesiąc, rok)

Lekarz: .....
(nazwisko imię przyjmującego zamówienie)

Od		**Do**		**Liczba godzin**
dzień	*godzina*	*dzień*	*godzina*	

.....
(podpis przyjmującego zamówienie)