*Załącznik nr 1 do umowy*
*na udzielanie świadczeń zdrowotnych*

# MIESIĘCZNY WYKAZ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Imię i nazwisko ..... miesiąc ..... rok .....

oddział/dział .....

| Data udzielania świadczeń | Godziny od - do | Liczba godzin | Uwagi |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

.....
Pieczątka i podpis osoby zatwierdzającej

.....
Pieczątka i podpis