*Załącznik nr 1 do umowy*

# MIESIĘCZNY WYKAZ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

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

oddział/poradnia .....

| Data udzielania świadczeń | Godziny pracy (od – do) | Suma godzin | Oddział/Poradnia |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

.....
Pieczątka i podpis osoby zatwierdzającej

.....
Pieczątka i podpis