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