Załącznik nr 3 do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Karta ewidencji udzielanych świadczeń w miesiącu .....

Imię i nazwisko .....

Data	Godzina rozpoczęcia	Godzina zakończenia	Liczba godzin	Jednostka/komórka organizacyjna udzielania świadczeń zdrowotnych	Podpis
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Podpis Zastępcy Dyrektora Oddziału
Terenowego ds. Lecznictwa:

Zatwierdzam: