ZAŁĄCZNIK nr 3a. do Umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w SOR.

Zestawienie czasu pracy lekarza .....
w miesiącu..... roku .....

Lp.	Data	Godziny pracy od godz. ..... do godz.	Liczba godzin	Potwierdzenie pracy lekarza. Podpis osoby uprawnionej
		Suma godzin:		