

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

Lp.	Data	Godziny pracy od godz. .... do godz. ....	Liczba godzin	Potwierdzenie pracy lekarza. Podpis osoby uprawnionej
<b>Suma godzin:</b>			<input type="text"/>	<input type="text"/>