

ZAŁĄCZNIK nr 3a do Umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
dyżurów lekarskich w Oddziale Okulistycznym

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

Lp.	Data	Godziny pracy od godz..... do godz....	Liczba godzin	Potwierdzenie pracy lekarza. Podpis osoby uprawnionej.
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
		SUMA GODZIN		