

ZAŁĄCZNIK nr 3a do Umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
procedur zabiegowych oraz 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		