

ZAŁĄCZNIK nr 3a do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach procedur zabiegowych i dyżurów lekarskich w Oddziale Okulistycznym

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

Lp.	Data	Godziny pracy od godz..... do godz.....		Liczba godzin	
				procedury	godz. dyżuru
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.					
SUMA GODZIN					

.....
Potwierdzenie Kierownika / Zastępcy Oddziału