# **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: |  |  |