

EWIDENCJA REALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ

Lekarz - Nazwisko i Imię:
Nr umowy
Miesiąc i rok:

Dzień	Oddział	Godzina rozpoczęcia ordynacji	Godzina zakończenia ordynacji	Ilość godzin	Godzina rozpoczęcia dyżuru	Godzina zakończenia dyżuru (dnia następnego)	Ilość godzin
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			SUMA	

Oświadczam, że świadczenia zdrowotne w czasie zgodnym z powyższą ewidencją udzielane były bezpośrednio na rzecz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

.....
podpis i pieczętka lub podpis elektroniczny
Przyjmującego Zamówienie