

**Sprawozdanie z liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii
inwazyjnej w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej
(Pracownia radiologii zabiegowej)
w godzinach pomiędzy 8:00 a 16:00**

.....
imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie

.....
miesiąc, rok

data	godziny od ... do.....	liczba godzin w danym dniu

.....
podpis i pieczęć
Przyjmującego zamówienie

.....
Podpis i pieczęć osoby
zatwierdzającej