

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z ILOŚCI GODZIN WYKONANYCH W
KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE
UDAROWYM I PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ w dni
powszednie w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ:	GODZINY OD – DO*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU:
	Razem godzin:	Razem:

* wpis obejmuje faktyczne godziny

Czy uzupełniono dokumentację szpitalną: ☐ - tak / ☐ - nie **)

**) – zaznaczyć odpowiednie

.....
pieczęć i podpis Przyjmującego
Zamówienie

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej