

*Załącznik nr 2' do umowy na udzielanie
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w
zakresie neurologii w Klinicznym Oddziale
neurologicznym, Klinicznym Oddziale
udarowym i Pododdziale rehabilitacji
neurologicznej Szpitala Wolskiego*

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN WYKONANYCH W
KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE
UDAROWYM I PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
w dni powszednie w godzinach pomiędzy 15.00 a 7,30 dnia następnego oraz w soboty,
niedziele i święta w godzinach pomiędzy 7.30 a 7.30 dnia następnego
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