

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