

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

* *niepotrzebne zostanie skreślone*

** *wpis obejmuje faktyczne godziny*

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

*****) – zaznaczyć odpowiednie**

.....
pieczęć i podpis Przyjmującego
Zamówienie

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej