zał. nr 3 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zabezpieczenia lekarskiego transportu pacjentów do innych jednostek służby zdrowia ….

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZA MIESIĄC ……..

(imię i nazwisko)

| L.P. | Miejsce pełnienia | od | | do | | czas trwania dyżuru | wynagrodzenie zł | | Rodzaj dyżuru T- pod telefonem, W - wykonanie transportu (wpisać) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | dzień | godz. | dzień | godz. | | za 1 godz. | za dyżur | |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | razem | | | | |
| | | | | | | | | | |

……. ……. …….

:zątka i podpis lek: sprawdził zatwierdził