

zał. nr 3 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich w
wyjazdowych specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZA MIESIĄC

(imię i nazwisko)

L.P.	Miejsce pełnienia	od		do		czas trwania dyżuru	wynagrodzenie zł		Rodzaj dyżuru Z- zwykły, - świąteczny, ekstra (wpisać)	Ś E -
		dzień	godz.	dzień	godz.		za 1 godz.	za dyżur		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
					razem					

.....
zjątką i podpis leka

.....
sprawdził

.....
zatwierdził