zał. nr 3 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia przez lekarzy dyżurów "pod telefonem" z wezwaniem

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, Z- zwykły, Ś - świąteczny, E - ekstra (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