

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				

.....
pieczętka i
podpis lekarza

.....
sprawdził

.....
zatwierdził