

Karta rozliczeniowa do umowy nr na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii:

Imię i Nazwisko:

Nazwa Komórki Organizacyjnej: **Oddz. Anestezjologii** Miesiąc/ Rok /...../

| Data świadczenia | | Godziny pracy | | Liczba godzin wykonanych | Liczba godzin wykonanych przy znieczuleniu do porodu |
|---------------------------------------|----|---------------|----|--------------------------|--|
| od | do | od | do | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Łączna ilość wykonanych godzin | | | | | |

| Data świadczenia | | Godziny pracy | | Liczba godzin wykonanych | Liczba godzin wykonanych przy znieczuleniu do porodu |
|---------------------------------------|----|---------------|----|--------------------------|--|
| od | do | od | do | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Łączna ilość wykonanych godzin | | | | | |

.....
 Podpis i Pieczętka Koordynatora Oddziału
 potwierdzająca liczbę wykonanych godzin

.....
 Podpis i Pieczętka Przyjmującego Zamówienie

.....
 Podpis Pracownika Działu Kadr i Płac