

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

Imię i Nazwisko:

Nazwa Komórki Organizacyjnej: **Oddział 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 Kierownika lub Ordynatora Oddziału
 potwierdzająca liczbę godzin zaplanowanych

.....
 Podpis i Pieczętka Przyjmującego zamówienie

.....

.....

Podpis i Pieczęć Kierownika lub Ordynatora Oddziału

Podpis Pracownika Działu Kadr i Płac