Załącznik do rachunku

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 Pieczątka Kierownika lub Ordynatora Oddziału potwierdzająca liczbę godzin zaplanowanych

…….……
Podpis i Pieczątka Przyjmującego zamówienie

……..... ……..
Podpis i Pieczątka Kierownika lub Ordynatora Oddziału

…….……
Podpis Pracownika Działu Kadr i Płac