

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 Pieczętka Kierownika lub Ordynatora Oddziału

.....
 Podpis Pracownika Działu Kadr i Płac