

Zestawienie udzielonych świadczeń w miesiącu.....
Przez.....

DZIEŃ	GODZINY PODSTAWOW EJ ORDYNACJI SZPITALNEJ „S”	ILOŚĆ GODZIN	GODZINY PO PODSTAWOW EJ ORDYNACJI SZPITALNEJ „S”	ILOŚĆ GODZIN	GODZINY PODSTAWOW EJ ORDYNACJI SZPITALNEJ „P”	ILOŚĆ GODZIN	GODZINY PO PODSTAWOW EJ ORDYNACJI SZPITALNEJ „P”	ILOŚĆ GODZIN	GODZINY PODSTAWOW EJ ORDYNACJI SZPITALNEJ „TS”=POZ	ILOŚĆ GODZIN	GODZINY PO PODSTAWOW EJ ORDYNACJI SZPITALNEJ „TS”=POZ	ILOŚĆ GODZIN	GODZINY PODSTAWOW EJ ORDYNACJI SZPITALNEJ „T”	ILOŚĆ GODZIN	GODZINY PO PODSTAWOW EJ ORDYNACJI SZPITALNEJ „T”	ILOŚĆ GODZ
	7-15		15-7		7-15		15-7		7-15		15-7		7-15		15-7	
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																

.....
Podpis koordynatora jednostki

.....
Podpis udzielającego świadczenia