Załacznik nr 2 do umowy

Sprawozdanie z wykonanych świadczeń

lekarz …….
imię i nazwisko

Specjalista …….

Miesiąc ……

Oddział.....

Lp	Rodzaj usługi dyżur/praca	Praca 7:30-15:00		Dyżur w godzinach 15:00 - 7:30 w dni robocze					Dyżur w godzinach 7:30 - 7:30 w soboty, niedziele i święta					uwagi
		data	liczba godzin	od		do		liczba godzin	od		do		liczba godzin	
				data	godz.	data	godz.		data	godz.	data	godz.		
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														
31														
							Razem					Razem		

.....
potwierdził wykonanie

.....
data i podpis wykonawcy usług