

Karta pracy -rozliczeniowa do umowy nr/...../..... na udzielanie świadczeń usług zdrowotnych

Imię i Nazwisko ratownika medycznego.....

Nazwa Komórki Organizacyjnej :.....

Miesiąc/ Rok : /

<i>Data</i>	<i>Ilość godzin zaplanowanych</i>	<i>Ilość godzin wykonanych</i>	<i>Podpis osoby realizującej świadczenie</i>

.....
 Podpis i Pieczętka Kierownika lub Ordynatora oddziału potwierdzająca ilość godzin zaplanowanych

.....
 Podpis i Pieczętka Przyjmującego zamówienie

.....
 Podpis i Pieczętka Kierownika lub Ordynatora oddziału potwierdzająca ilość godzin wykonanych

.....
 Podpis Pracownika Działu Kadr i Płac