

Karta rozliczeniowa do umowy nr na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anesteziologii:

Imię i Nazwisko:

Nazwa Komórki Organizacyjnej: **Oddz. Anesteziologii** Miesiąc/ Rok /...../

Data świadczenia		Godziny pracy		Liczba godzin wykonanych
od	do	od	do	

Data świadczenia		Godziny pracy		Liczba godzin wykonanych
od	do	od	do	

.....
 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