

Specyfikacja świadczeń zdrowotnych udzielonych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Umowa..... z dnia..... zawarta pomiędzy Szpitalem Czerniakowskim Sp. z o.o.

a
Miesiąc..... 2023 r.

| Dzień miesiąca | Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie do godz. 15.35 (od-do) | Ilość godzin | Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od godz. 15.35 oraz w dni wolne od pracy (od-do) | Ilość godzin |
|----------------|--|--------------|--|--------------|
| 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 | | | | |
| Ogółem | | | | |

Potwierdzam ww. czas pracy i ilość udzielonych świadczeń medycznych.

Kierownik SOR
Podpis i pieczęć

.....
Data