

**Specyfikacja udzielonych świadczeń zdrowotnych**

Umowa..... z dnia..... Zawarta pomiędzy Szpitalem Czerniakowskim Sp. z o.o.  
a .....  
Miesiąc..... 2023 r.

Miejsce udzielania świadczeń: .....

| 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 .....

Podpis i pieczęć

.....

Data