

POTWIERDZENIE GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

załącznik 5b

w miesiącu

LEKARZ				LEKARZ			
Godzina rozpoczęcia pracy	Podpis zleceniobiorcy	Godzina zakończenia pracy	Podpis zleceniobiorcy	Godzina rozpoczęcia pracy	Podpis zleceniobiorcy	Godzina zakończenia pracy	Podpis zleceniobiorcy
1							
2							
3							
4							
5							
6							
NOC							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
NOC							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
NOC							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
NOC							
28							
29							
30							
31							