Załącznik do rachunku

Karta rozliczeniowa do umowy nr …….. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii:

Imię i Nazwisko: **…….**

Nazwa Komórki Organizacyjnej: **Oddział Anestezjologii** Miesiąc/ Rok / …… /……

Data świadczenia		Godziny pracy		Liczba godzin wykonanych	Data świadczenia		Godziny pracy		Liczba godzin wykonanych
od	**do**	**od**	**do**		**od**	**do**	**od**	**do**	
Łączna ilość wykonanych godzin					**Łączna ilość wykonanych godzin**				

……..... ……..

Podpis i Pieczątka Koordynatora Oddziału
potwierdzająca liczbę godzin zaplanowanych

…..……

Podpis i Pieczątka Przyjmującego Zamówienie