

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO UMOWY NR na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

Nazwa Komórki Organizacyjnej:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

..... (miesiąc, rok)

	GODZINY		GODZINY PLANOWANE	GODZINY WYKONANE	UWAGI		GODZINY		GODZINY PLANOWANE	GODZINY WYKONANE	UWAGI
	OD	DO					OD	DO			
1						17					
2						18					
3						19					
4						20					
5						21					
6						22					
7						23					
8						24					
9						25					
10						26					
11						27					
12						28					
13						29					
14						30					
15						31					
16						RAZEM GODZIN :					

.....
 Podpis i pieczętka
 Przyjmującego Zamówienie

.....
 Podpis i pieczętka
 Kierownika Komórki Organizacyjnej

.....
 Podpis i pieczętka pracownika
 Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi

