

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ NA RZECZ
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIĘDZYRZECU PODLASKIM**

Oddział / Pododdział

miesiąc..... rok.....

| Dzień miesiąca | Godziny udzielania świadczeń | | Liczba godzin | Podpis realizującego |
|----------------|------------------------------|----|---------------|----------------------|
| | od | do | | |
| 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. | | | | |

Potwierdzam:

Zatwierdzam:

.....
podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie

.....
pieczęć i podpis Ordynatora / Kierownika

.....
pieczęć i podpis Dyrektora