

**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