

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH W PORADNI CHIRURGII OGÓLNEJ DLA DZIECI  
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁODAWIE**

Imię i nazwisko: ..... miesiąc:..... 20.... rok

<i>Dzień</i>	<i>Dzień tygodnia</i>	<i>Godziny</i>		<i>Czas udzielania świadczeń</i>	
		<i>od</i>	<i>do</i>	<i>Godzin</i>	<i>minut</i>

Data sporządzenia: .....

.....  
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....  
podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych  
lub pełniącego jego zastępstwo