*Załącznik nr 4a do umowy*   **....….......................................................................**

**…...........................................................................**

Załącznik do rachunku nr …………………./20… na świadczenia medyczne

**LISTA ZREALIZOWANYCH DYŻURÓW**

**za miesiąc …………………………… 20….r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień m-ca | **ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII**  *Nazwisko i imię* | Ilość godzin | **ANESTEZJOLOGIA**  *Nazwisko i imię* | Ilość godzin | **ANESTEZJOLOGIA**  **DYŻUR**  **7.00 – 19.00**  *Nazwisko i Imię* | Ilość godzin |
| 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 |  |  |  |  |  |  |

***DYREKTOR /PREZES LEKARZ KIERUJĄCY ODDZIAŁEM***

*…............................................ …......................................................*

podpis podpis