

Załącznik nr 4 do umowy

.....

Załącznik do rachunku nr na świadczenia medyczne

LISTA OBECNOŚCI W GODZINACH PRACY

za miesiąc rok

Nazwisko i imię

Nazwisko i imię

Nazwisko i imię

Nazwisko i imię

Dzień m-ca	Praca w godz.		Suma godzin	Praca w godz.		Suma godzin	Praca w godz.		Suma godzin	Praca w godz.		Suma 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