

Załącznik nr 4a do umowy .....

.....

.....

Załącznik do rachunku nr ..... na świadczenia medyczne

## LISTA ZREALIZOWANYCH DYŻURÓW

za miesiąc ..... rok .....

Dzień m-ca	<b>ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII</b> <i>Nazwisko i imię</i>	<b>ANESTEZJOLOGIA</b> <i>Nazwisko i imię</i>	<b>ANESTEZJOLOGIA DYŻUR 7.00 – 19.00</b> <i>Nazwisko i Imię</i>
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

