

Załącznik Nr 2 do Umowy Nr / /2015

z dnia

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc

2015

Imię i nazwisko						
Oddział.....						
Dzień	Godzina rozpoczęcia	Podpis lekarza	Godzina zakończenia	Podpis lekarza	Ilość godzin	Podpis osoby potwierdzającej realizację zamówienia
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						
Razem godzin						