

Załącznik Nr 3 do Umowy Nr (nr umowy)  
z dnia (data w formacie dzień miesiąc rok)

**Zestawienie godzin pracy oraz ilości udzielonych świadczeń w Poradni  
Pulmonologii i Ftyzjatrii**

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc ..... rok .....

<b>Dzień</b>	<b>Godzina rozpoczęcia</b>	<b>Godzina zakończenia</b>	<b>Ilość godzin</b>	<b>Ilość udzielonych świadczeń</b>	<b>Podpis lekarza</b>
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					
<b>Razem:</b>					

Potwierdzam wykonanie :