

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

Dzień	Godzina rozpoczęcia	Godzina zakończenia	Ilość godzin	Ilość udzielonych świadczeń	Podpis lekarza
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:					

Potwierdzam wykonanie :