

Załącznik Nr 2 do Umowy Nr (nr umowy)
z dnia (data w formacie dzień miesiąc rok)

ZESTAWIENIE GODZIN PRACY

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc rok

Dzień	Godzina rozpoczęcia	Godzina zakończenia	Ilość godzin	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 godzin:				

Potwierdzam wykonanie :