

**Zestawienie udzielanych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych**Przez lekarza: .....  
(imię i nazwisko)

Oddziale .....

w miesiącu .....

Dzień	Praca w godzinach podstawowej ordynacji Centrum		Praca po godzinach podstawowej ordynacji Centrum	UWAGI
	Oddział stacjonarny od - do	Oddział dzienny od - do	od - do	
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>				

Sporządził:

Akceptacja :

Sprawdził:

Zatwierdził: