

**Wykaz udzielania świadczeń zdrowotnych**

Oddział .....

Świadczenia zdrowotne za miesiąc .....

Data	Liczba godzin		Gotowość do udzielania świadczeń – liczba godzin	Liczba godzin udzielania świadczeń na wezwanie	
	w dni robocze	w dni dodatkowo wolne od pracy, niedziele i święta		w dni robocze	w dni dodatkowo wolne od pracy, niedziele i święta

.....  
podpis lekarza udzielającego  
świadczeń zdrowotnych.....  
podpis kierownika  
komórki organizacyjnej.....  
podpis pracownika działu  
administracyjno-prawnemu