

WZÓR

ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

Liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w Klinice Onkologii Klinicznej

I. Wynagrodzenie podstawowe

Data	Liczba godzin	W godzinach od.... do....	Klinika/Dział/Zakład/Poradnia

Zatwierdzam zestawienie

.....

(podpis Kierownika Kliniki Onkologii Klinicznej ŚCO)

.....

data i podpis Przyjmującego Zamówienie