

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W
IZBIE_PRZYJĘĆ SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI
ZDROWOTNEJ WE WŁODAWIE**

Nazwisko i imię ratownika, miesiąc:..... 20..... roku

<i>Data udzielania świadczeń</i>	<i>Godziny</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>
	<i>od</i>	<i>do</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Koordynatora IP lub pełniącego jego zastępstwo)