Załącznik nr 3 do Umowy

Szpital Chorób Płuc w Siewierzu Sp. z o.o.
ul. Zbigniewa Oleśnickiego 21
42-470 Siewierz

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc: ..... rok: .....

ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

Imię i nazwisko: .....

Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc

Dzień	Godzina rozpoczęcia	Godzina zakończenia	Ilość godzin	Zakres prac	Podpis lekarza	Podpis Kierownika Oddziału