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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |