

Imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie

Ewidencja godzin przepracowanych w miesiącu 2024r.

I. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycznej gotowości dyżurowej:

1. Gotowość dyżurowa w dni powszednie :
stawka/ za 1 godzinę
2. Gotowość dyżurowa w soboty, niedziele i święta :
stawka/ za 1 godzinę
3. Wezwanie w dni powszednie :
stawka/ za 1 godzinę
4. Wezwanie w soboty, niedziele i święta :
stawka/ za 1 godzinę

Zestawienie miesięczne :

(ilość godzin dyżurowych nr 1).....x stawka.....=.....

(ilość godzin dyżurowych nr 2)x stawka=.....

(ilość godzin dyżurowych nr 3)..... x stawka.....=.....

(ilość godzin dyżurowych nr 4)..... x stawka.....=.....

suma =(suma do wypłaty)

II. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów stacjonarnych:

stawka/ za 1 godz.

(ilość godzin dyżurowych)..... x (stawka za 1 godz.) =

suma =(suma do wypłaty)

data i podpis Przyjmującego zamówienie:

.....

Godziny wykonania akceptuję :
Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

Data i podpis