

Imię i nazwisko : Nr umowy :

Załącznik do faktury nr : z dn.: 2021
(za miesiąc: 2021)

Lp.	Data realizacji świadczeń	Rodzaj realizacji świadczeń zdrowotnych:	Rodzaj realizacji świadczeń: dyżur	od godz. - do godz.	Ilość godzin pracowanych	Kwota za realizację świadczeń za godzinę/za dzień	Miejsce wykonywania świadczeń
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							

18.										
19.										
20.										
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										
26.										
27.										
28.										
29.										
30.										
31.										
Łącznie liczba godzin pracowanych :										
w tym :										
- ordynacja dzienna										
- dyżur										
-inne										

Ilość godzin pracowanych zgodna ze stanem faktycznym.

(Podpis i pieczęć lekarza)

.....
(Podpis i pieczęć Koordynatora)