

Załącznik nr 1
do umowy nr/ **SPZOZ.KD.RM.1.2025**

**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)