**WYKAZ GODZIN PRACY ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO–LEKARZ**

**ZA MIESIĄC …………………………….. 2025r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **OD GODZ.** | **DO GODZ.** | **ILOŚĆ**  **GODZIN** | **NAZWA JW** | **NAZWA INSTYTUCJI**  **ZABEZPIECZANEJ.** | **MIEJSCE ZABEZPIECZENIA** | **CZYTELNY PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ WYKONANIE USŁUGI** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM GODZIN:** | | |  |  | | | |