

**Załącznik Nr 1 do umowy**.....  
(pieczęć komórki organizacyjnej).....  
(pieczęć podmiotu udzielającego świadczeń)**Harmonogram udzielanych świadczeń w ramach ordynacji dziennej**

miesiąc: ..... rok: .....

Dzień	Podpis Przyjmującego zamówienie	Liczba godzin świadczonych usług
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		
<b>A</b>	<b>Ogółem liczba godzin świadczonych usług</b>	

Zatwierdził: .....  
data.....  
podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
ze strony Udzielającego zamówienia  
(Lekarz Kierujący Oddziałem)

.....  
(pieczęć komórki organizacyjnej)

.....  
(pieczęć podmiotu udzielającego świadczeń)

**Karta Zarobkowa**  
**za świadczenia realizowane w ramach umów cywilnoprawnych**  
**za miesiąc .....**

**DYŻURY MEDYCZNE**

<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj dyżuru</b> - zwykły Z, - świąteczny S.	<b>Data dyżuru</b>		<b>Ilość godzin dyżuru</b>	<b>Kwota</b> (liczba godz. x stawka)
		od	do		
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					
<b>4</b>					
<b>5</b>					
<b>6</b>					
<b>7</b>					
<b>8</b>					
<b>9</b>					
<b>10</b>					
<b>11</b>					
<b>12</b>					
<b>13</b>					
<b>14</b>					
<b>Ogółem</b>					

.....  
(podpis podmiotu udzielającego świadczeń)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika komórki organizacyjnej,  
w której udzielane był świadczenie)