

HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Załącznik Nr 6

Grafik: **PLAN**

Rok..... Miesiąc.....

Lp.	Nazwisko i imię	Norma mies.	Status	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	SUMA GODZ
1.		PZ																																

.....
Sporządził Zatwierdził Podpis

REALIZACJA PLANU

* Faktycznie przepracowane godziny

Razem przepracowane godziny																																
DATA	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	SUMA GODZ
Oddział																																
od godz..... do godz.....																																
Dyżury/Poddyżury																																
od godz..... do godz.....																																
PODPIS PRACOWNIKA																																

Potwierdzam ilość przepracowanych godzin

.....
Kadry Ordynator Dyrektor

* faktycznie przepracowane godziny należy potwierdzać codziennie i do 5 dnia następnego miesiąca przekazać do kadr