**Załącznik Nr 1 do umowy (zadanie 2)**

**Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii** **Zespół OIT**

**……..**

**nazwa działalności gospodarczej**

**KARTA CZASU PRACY DZIENNEJ**

**m-c ……. 2021r.**

| DATA | GODZINA | | MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ | POTWIERDZENIE LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM | LICZBA udzielanie świadczeń zdrowotnych | PODPIS PODMIOTU |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | POCZĄTEK UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ | KONIEC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ | | | | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |
| 11. | | | | | | |
| 12. | | | | | | |
| 13. | | | | | | |
| 14. | | | | | | |
| 15. | | | | | | |
| 16. | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 23. | | | | | | |
| 24. | | | | | | |
| 25. | | | | | | |
| 26. | | | | | | |
| 27. | | | | | | |
| 28. | | | | | | |
| 29. | | | | | | |
| 30. | | | | | | |
| 31. | | | | | | |
| | | RAZEM | | | 0 | |

**KARTA CZASU PRACY DYŻUROWEJ**

**m-c ……. 2021r.**

| DATA | GODZINA | | MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ | POTWIERDZENIE LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM | LICZBA udzielanie świadczeń zdrowotnych-DYŻUR | PODPIS PODMIOTU |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | POCZĄTEK UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ | KONIEC UDZIELANIA 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. | | | | | | |
| | | RAZEM | | | 0 | |

**KARTA CZASU PRACY WYJAZD ECMO**

**m-c ……. 2021r.**

| DATA | GODZINA | | MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ | POTWIERDZENIE LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM | LICZBA terapia ECMO-czas wyjazdów | PODPIS PODMIOTU |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | POCZĄTEK UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ | KONIEC UDZIELANIA 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. | | | | | | |
| | | RAZEM | | | 0 | |