

HARMONOGRAM/WYKAZ CZASU PRACY PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE*Nazwisko i imię**miesiąc – rok*

<i>Dzień m-ca</i>	Czas pracy wg harmonogramu		Rzeczywisty czas pracy		Czas pracy ogółem [ilość godzin]	w tym czas pracy ponad czas ustalony w harmonogramie [ilość minut]	Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych ¹	Podpis przyjmującego zlecenie
	<i>od</i>	<i>do</i>	<i>od</i>	<i>do</i>				
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								

*Przyjmuję harmonogram do realizacji*_____
*SPORZĄDZIŁ*_____
SPRAWDZIŁ

¹ W przypadku świadczenia usług: podczas ekipy wyjazdowej: wpisać - EW – nazwa miejscowości; w terenowym oddziale: wpisać - OT- nazwa oddziału, w siedzibie RCKiK: wpisać RCKiK Opole