**HARMONOGRAM/WYKAZ CZASU PRACY PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

*Nazwisko i imię miesiąc – rok*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Dzień m-ca*** | **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]](#footnote-1)** | **Podpis przyjmującego zlecenie** |
| ***od*** | ***do*** | ***od*** | ***do*** |
| 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* [↑](#footnote-ref-1)