IMIĘ NAZWISKO

Pełna nazwa Kliniki

**Asystent lekarza – godziny pracy**

**MIESIĄC 2024**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DATA | GODZINA ROZPOCZĘCIA PRACY | GODZINA ZAKOŃCZENIA PRACY | ŁĄCZNA LICZBA PRZEPRACOWANYCH GODZIN | PODPIS |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |