…………………………………………………………………..

 Pieczęć publicznego, niepublicznego zakładu

 opieki zdrowotnej lub gabinetu prywatnego

**BILANS PERSONELU MEDYCZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Liczba wg stanu na 31.12.2017 r.** |
| *1* | *2* | *3* |
| 1. | Lekarze ogółem |  |
| a | w tym: - chirurdzy1) |  |
| b |  - inni spec. zabieg.2) |  |
| c |  - anestezjolodzy |  |
| d |  - pozostali |  |
| 2. | Lekarze stomatolodzy |  |
| 3. | Farmaceuci  |  |
| a |  w tym: - technicy farmacji |  |
| b |  - mgr farmacji  |  |
| 4. | Ratownicy medyczni |  |
| 5. | Pielęgniarki i położne |  |
|  |  |  |
|  | **Tak** | **Nie** |
| Czy jednostka-podmiot leczniczy posiada awaryjne źródło zasilania (agregat prądotwórczy)? */zaznaczyć prawidłową odpowiedź X/* |  |  |

**UWAGA:**

1) chirurdzy wszystkich specjalności;

2) inne specjalności lekarskie przewidziane do obsady oddziałów zabiegowych;

 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 /*podpis i pieczęć osoby sporządzającej*/