…………………………………………………………………..

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*/