

**Звіт про нараховані та виплачені кошти лікарям-інтернам
за _____ (місяць) 2020 року**

Найменування закладу охорони здоров'я _____

Місцезнаходження (адреса) _____

Телефон _____

Код за ЄДРПОУ _____

№ з/п	Прізвище	Ім'я	По батькові	Ідентифікаційний номер	Спеціальність в інтернатурі	Фактично відпрацьований час	Дата виплати коштів	Сума коштів (в гривнях з копійками)

Керівник закладу охорони здоров'я

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Головний бухгалтер

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

МП (за наявності)

Дата

**В.о. Генерального директора
Директорату медичних кадрів, освіти і науки**

Т. Орабіна