

*Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych
obejmujących konsultacje w zakresie kardiologii
inwazyjnej*

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE W ZAKRESIE KARDIOLOGII INWAZYJNEJ
miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko lekarza)

[illegible]

Pieczęć i podpis lekarza

.....
Pieczeńć i podpis osoby zatwierdzającej