Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ
w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 oraz pomiędzy 8.00 a 8.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		Razem	

*wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.02.17 14:16:51 +01'00'

..... **.....**
pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej