

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)

Data udzielania świadczeń	Godziny od – do

.....
Pieczęć i podpis lekarza

.....
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej