Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.06.26 14:13:52 +02'00'

*Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie elektroradiologii*

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ELEKTRORADIOLOGII W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ

**miesiąc..... rok.....**

**.....**

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

| DZIEŃ | OD GODZINY* | DO GODZINY* | SUMA GODZIN W DANYM DNIU* |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | **Razem** | |

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

| | | |
|---|---|---|
| …… | …….. | …….. |
| czytelny podpis Przyjmującego zamówienie | pieczęć i podpis Pielęgniarki Koordynującej | pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa |