

**MIESIĘCZNY HARMONOGRAM POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA  
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ**

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

<b>DZIEŃ</b>	<b>OD GODZINY*</b>	<b>DO GODZINY*</b>	<b>SUMA GODZIN W DANYM DNIU*</b>
		<b>Razem</b>	

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

.....  
pieczęć i podpis lekarza

.....  
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej