Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.06.16 10:44:29 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej w Oddziale chirurgii naczyniowej

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ

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.

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej