

**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.

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej