Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.07.03 11:00:07 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej w ODITW w siedzibie Szpitala Wolskiego

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

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	Godziny od – do

……
Pieczęć i podpis lekarza

……
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej