

**MIESIĘCZNY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ ECHOKARDIOGRAFICZNYCH W KLINICZNYM
ODDZIALE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I ENDOKRYNOLOGII**

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