Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PSYCHIATRII W KLINICZNYM ODDZIELA PSYCHIATRYCZNYM I IZBIE PRZYJĘĆ PSYCHIATRYCZNEJ

w godzinach pomiędzy 15:30 a 8:00 oraz pomiędzy 8:00 a 8:00

Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.10.27 10:03:32 +02'00'

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