

MIESIĘCZNY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE MEDYCZNE ZWIĄZANE Z KWALIFIKACJĄ DO
ZABIEGÓW ENDOSKOOWYCH
W GODZINACH: 8.00 - 15.00

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