Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.10.12 15:11:45 +01'00'

*Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej*

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ ORAZ ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ

**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