Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	ILOŚĆ 12-STO GODZINNYCH CYKLI W DANYM DNIU
		Razem	

..... **.....**

pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej