Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.12.01 13:13:59 +01'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH W KLINICZNYM ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I ENDOKRYNOLOGII

w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.30

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