Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.01.30 15:05:28 +01'00'

Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii uzależnień i współuzależnienia w PLUW Szpitala Wolskiego.

MIESIĘCZNY HARMONOGRAM NA UDZIELANIE AMBULATORYJNYCH SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PYSCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ I WSPÓŁUZALEŻNIENIA W PORADNI LECZENIA UZALEŻNIEŃ I WSPÓŁUZALEŻNIENIA MORION
NA RZECZ PŁATNIKA NFZ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU:
		Razem	

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej