Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.01.30 15:04:43 +01'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii uzależnień i współuzależnienia w PLUW Szpitala Wolskiego w ramach realizacji zadania publicznego (Urząd Miasta)
.

MIESIĘCZNY HARMONOGRAM NA UDZIELANIE AMBULATORYJNYCH SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PYSCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ W RAMACH REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO (URZĄD MIASTA)

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