Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.02.06 14:37:31 +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 **w godzinach pomiędzy 8.00 a 8.00 dnia następnego (w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia)**

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