Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.02.19 09:14:36 +01'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni leczenia uzależnień i współuzależnienia Morion

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PSYCHIATRII W PORADNI LECZENIA UZALEŻNIEŃ I WSPÓŁUZALEŻNIENIA MORION

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko przyjmującego zamówienie)

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej