

MIESIĘCZNE **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KLINICZNYM ODDZIALE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH i ENDOKRYNOLOGII SZPITALA WOLSKIEGO

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