

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE KARDIOLOGII W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z
PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO
w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.00

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