Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.03.04 14:20:44 +01'00'

*Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej w Oddziale chirurgii naczyniowej*

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ

**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