Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.04.08 13:09:09 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, UDAROWYM Z PODODDZIAŁEM REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

*wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej