Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.04.04 12:13:56 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w chorób wewnętrznych

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO

- DYŻUR MEDYCZNY

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