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

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ
ORAZ ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ

Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2024.04.22 14:06:39 +02'00'

**w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 oraz pomiędzy 8.00 a 8.00**

**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