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	

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

Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data:
2025-05-15 12:09

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data:
2025-05-15
08:32

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej