Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Pracowni Endoskopii

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W PRACOWNI ENDOSKOPII

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko)

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

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

……
czytelny podpis Przyjmującego zamówienie

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data:
2025-07-03 10:01

……..
podpis Pielęgniarki Oddziałowej

……
pieczęć i podpis Dyrektora

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data:
2025-07-03 09:17