Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej w ODITW w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE KARDIOLOGII INWAZYJNEJ W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	Godziny od – do

.....
Pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2025-07-29 15:22

.....
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2025-07-29 10:41