Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej w Oddziale chirurgii naczyniowej

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI** DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH 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.

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-07-29 15:37

.....
pieczęć i podpis osoby potwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-07-29 10:49