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: 2025-07-29 15:36

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej