Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji neurologicznej w Pododdziale rehabilitacji neurologicznej Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ W PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ SZPITALA WOLSKIEGO
w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00

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: 2025-08-08 13:44

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-08-08 07:44