Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań echokardiograficznych

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ ECHOKARDIOGRAFICZNYCH W KLINICZNYM ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I ENDOKRYNOLOGII

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

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

Signed by / Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2025-08-26 13:23

Signed by / Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2025-08-26 07:38

.....

pieczęć i podpis lekarza

.....

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej