

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PSYCHIATRII W KLINICZNYM ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM I IZBIE
PRZYJĘĆ PSYCHIATRYCZNEJ

w godzinach pomiędzy 15:30 a 8:00 oraz pomiędzy 8:00 a 08:00

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

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej