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 NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE UDAROWYM I PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

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

Signed by / Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2025-09-03 12:14

Signed by / Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2025-09-03 08:28

.....

pieczęć i podpis lekarza

.....

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej