Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	ILOŚĆ 12-STO GODZINNYCH CYKLI W DANYM DNIU*
		Razem	

* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny

Signed by / Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2025-09-03 08:33

Signed by / Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2025-09-03 12:18

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej