Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Klinicznym Oddziale Neurologicznym, Klinicznym Oddziale Udarowym i Pododdziale rehabilitacji neurologicznej Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** Z ILOŚCI GODZIN WYKONANYCH W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE UDAROWYM I PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

w godzinach pomiędzy 15.00 a 7.30 oraz pomiędzy 7.30 a 7.30

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

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