Załącznik nr 1[2] do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie endoskopii w Pracowni endoskopii

MIESIĘCZNY HARMONOGRAM POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

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.

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-10-09 08:26

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-10-09 10:18

..... pieczęć i podpis lekarza

..... pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej