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

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ENDOSKOPII (WYBRANE BADANIA/ZABIEGI) W PRACOWNI ENDOSKOPII

W GODZINACH: 8.00 - 15.00

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.

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-10-09 10:16

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-10-09 08:25

..... pieczęć i podpis lekarza

..... pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej