Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii w Poradni leczenia uzależnień i współuzależnienia MORION Szpitala Wolskiego w ramach realizacji zadania publicznego (Urząd Miasta)

MIESIĘCZNY HARMONOGRAM Z ILOŚCI GODZIN WYKONANYCH W ZAKRESIE PYSCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ W RAMACH REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO (URZĄD MIASTA)

miesiąc..... rok.....

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

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