

Załącznik nr 2¹ do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej w Oddziale chirurgii naczyniowej

MIESIĘCZNY HARMONOGRAM
POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko lekarza)

[illegible]

* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

pieczęć i podpis lekarza

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej