Załącznik nr 2 do umowy
na udzielanie specjalistycznych
świadczeń zdrowotnych
w zakresie chirurgii naczyniowej
w Oddziale chirurgii naczyniowej

HARMONOGRAM

UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ

Z JEDNOCZESNYM PEŁNIENIEM FUNKCJI LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM CHIRURGII NACZYNIOWEJ I PORADNIĄ CHIRURGII NACZYNIOWEJ

w godzinach od 08.00 do 15.30

W …… ROK …….

……..
(imię i nazwisko lekarza)

Data	godziny udzielania świadczeń od … do…	Ilość godzin w danym dniu

…….
data i podpis lekarza

Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data:
2025-12-11 10:29

……
data i podpis osoby zatwierdzającej

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data:
2025-12-11
09:44