

**MIESIĘCZNY HARMONOGRAM Z ILOŚCI GODZIN WYKONANYCH W
KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE
UDAROWYM I PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ**

w godzinach pomiędzy 15.00 a 7.30 oraz pomiędzy 7.30 a 7.30

miesiąc..... rok.....

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

DZIEŃ:	GODZINY OD – DO *	SUMA GODZIN W DANYM DNIU:
	Razem godzin:	Razem :

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

.....
pieczęć i podpis
Przyjmującego zamówienie

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej