

*Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w
zakresie neurologii w Klinicznym Oddziale
neurologicznym, Klinicznym Oddziale
udarowym i Pododdziale rehabilitacji
neurologicznej Szpitala Wolskiego*

**MIESIĘCZNY HARMONOGRAM Z ILOŚCI GODZIN WYKONANYCH W
KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE
UDAROWYM I PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
w dni powszednie w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00**

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