Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale geriatryczno-internistycznym

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE GERIATRII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
W ODDZIALE GERIATRYCZNO - INTERNISTYCZNYM
w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 oraz pomiędzy 8:00 a 8:00

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2026-03-10 10:47

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2026-03-10 08:12

....
pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej