Załącznik nr 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 8.00 a 15.30

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	

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

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2026-03-10 08:11

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej