Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-03-17 08:36

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale chorób wewnętrznych i endokrynologii Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KLINICZNYM ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH i ENDOKRYNOLOGII SZPITALA WOLSKIEGO

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: 2026-03-17 07:58

....

pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej