

**MIESIĘCZNY HARMONOGRAM Z ILOŚCI GODZIN WYKONANYCH W
KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE
UDAROWYM, PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
w dni powszednie w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00*/ w dni powszednie w godzinach
pomiędzy 15.00 a 7,30 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach
pomiędzy 7.30 a 7.30 dnia następnego***

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.

* **niepotrzebne zostanie skreślone**

.....
pieczęć i podpis
Przyjmującego zamówienie

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej