Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-
04-02 13:44

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową oraz Oddziale chirurgii naczyniowej

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ Z CZĘŚCIĄ URAZOWĄ ORAZ ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ
w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 oraz pomiędzy 8.00 a 8.00

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:
2026-04-02
09:12

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej