Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-
04-03 09:36

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	ILOŚĆ 12-STO GODZINNYCH CYKLI W DANYM DNIU*
		Razem	

* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data:
2026-04-03
08:16

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej