Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-05-07 11:45

Załącznik n 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych polegających na opisywaniu badań EKG w Klinicznym Oddziale psychiatrycznym w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH POLEGAJĄCYCH NA OPISYWANIU BADAŃ EKG

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	SUMA OPISÓW BADAŃ W DANYM DNIU:
		Razem	

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-05-07 08:04

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej