Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-
05-07 11:51

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 W RAMACH TZW. GODZIN DYŻUROWYCH

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:
2026-05-07
08:07

..... **.....**

pieczęć i podpis lekarza

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej