Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-06-09 09:08

Załącznik nr 1do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych obejmujących konsultacje w zakresie elektrofizjologii

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE W ZAKRESIE ELEKTROFIZJOLOGII

miesiąc……..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**Godziny od – do**

……
Pieczęć i podpis lekarza

……
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzając

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2026-06-09 08:01