Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-06-09 09:11

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **HARMONOGRAM** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII W SIEDZIBIE SZPITALA WOLSKIEGO

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: 2026-06-09 08:03

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej