Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2024.05.13 10:10:15 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie elektroradiologii

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ELEKTRORADIOLOGII W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ

miesiąc............................ rok.....................................

....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		Razem	

* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

…………………………………… czytelny podpis Przyjmującego zamówienie

…………………………………………….. pieczęć i podpis Pielęgniarki Koordynującej

…………………………………………….. pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa