Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.05.23 10:15:20 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej w Oddziale chirurgii naczyniowej

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII NACZYNIOWEJ W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej