Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii i chorób wewnętrznych

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE GERIATRII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
W ODDZIALE GERIATRYCZNO - INTERNISTYCZNYM
w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 oraz pomiędzy 8:00 a 8:00

Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.05.22 14:36:02 +02'00'

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