Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, UDAROWYM Z PODODDZIAŁEM REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00

Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2024.05.06 15:14:58 +02'00'

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.

....

pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej