

*Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie  
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych  
obejmujących konsultacje w zakresie  
elektrofizjologii*

**MIESIĘCZNY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE W ZAKRESIE ELEKTROFIZJOLOGII  
miesiąc..... rok.....**

.....  
(imię i nazwisko lekarza)

<b>Data udzielania świadczeń</b>	<b>Godziny od – do</b>

.....  
Pieczeńć i podpis lekarza

.....  
Pieczeńć i podpis osoby zatwierdzającej