Robert Mazur

Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.06.10 14:34:25 +02'00'

*Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii*

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

**miesiąc..... rok.....**

**.....**

(imię i nazwisko lekarza )

| DZIEŃ | OD GODZINY: | DO GODZINY: | ILOŚĆ GODZIN W DANYM DNIU |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | **Razem** | |

**.....**
pieczęć i podpis lekarza

**.....**
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej