Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.07.01 12:59:30 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	ILOŚĆ 12-STO GODZINNYCH CYKLI W DANYM DNIU
		Razem	

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej