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

MIESIĘCZNE **HARMONOGRAM** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII W SIEDZIBIE SZPITALA WOLSKIEGO

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

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-01-28 10:48

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-01-28 08:19