Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale chorób wewnętrznych i endokrynologii Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KLINICZNYM ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH i ENDOKRYNOLOGII 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.

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-02-26 13:25

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-02-26 12:11

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej