*Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej*

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ
ORAZ ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ
**w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 oraz pomiędzy 8.00 a 8.00**

**miesiąc..... rok.....**

**.....**
(imię i nazwisko lekarza)

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