Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ Z CZEŚCIĄ URAZOWĄ
w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.30

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: 2025-03-04 14:35

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-03-04 10:16

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej