*Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii ……..***

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE KARDIOLOGII W ……..**

w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.00

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.*

** wpisać oddział na którym będą udzielane świadczenia

……
pieczęć i podpis lekarza zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-03-13 10:52

……
pieczęć i podpis osoby

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-03-13 07:51