

**MIESIĘCZNY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE KARDIOLOGII W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z  
PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO  
w godzinach pomiędzy 15.00 a 8.00 oraz pomiędzy 8.00 a 8.00**

**miesiąc..... rok.....**

.....  
(imię i nazwisko lekarza)

<b>DZIEŃ</b>	<b>OD GODZINY*:</b>	<b>DO GODZINY*:</b>	<b>SUMA GODZIN W DANYM DNIU*</b>
		<b>Razem</b>	

<sup>\*</sup>) wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
zatwierdzającej

.....  
pieczęć i podpis osoby