*Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych*

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO
**- DYŻUR MEDYCZNY**

**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: 2025-03-13 10:49

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-03-13 07:48

**.....**
pieczęć i podpis lekarza

**.....**
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej