

MIESIĘCZNE **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KLINICZNYM ODDZIALE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH i ENDOKRYNOLOGII SZPITALA
WOLSKIEGO

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.

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej