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

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

**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.

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-04-01 08:43

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-01 08:32

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej