Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie w zakresie neurologii w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
w godzinach pomiędzy 07.30 a 15.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU
		Razem	

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-04-08 11:15

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-08 10:15

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej