

**MIESIĘCZNY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE W ZAKRESIE ELEKTROFIZJOLOGII**
miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	Godziny od – do

.....
Pieczęć i podpis lekarza

.....
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej