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

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE GERIATRII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
W KLINICZNYM ODDZIALE GERIATRYCZNO - INTERNISTYCZNYM
w godzinach pomiędzy 15.30 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: 2025-04-23 10:25

.....
pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-23 08:37

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej