Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-
04-28 11:51

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:

Elżbieta Lanc

Date / Data:
2026-04-28
07:33

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej