Załącznik nr 1 do umowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w Oddziale Chemioterapii i Poradni Chirurgii Onkologicznej

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ:	**Godziny od – do:**	**Suma w danym dniu:**
	Razem	

…… **……**
pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie pieczęć i podpis osoby Zatwierdzającej