Załącznik nr 1 do umowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Dzień miesiąca	Pracownia RTG/USG - godziny udzielania świadczeń zdrowotnych od-do	Pracownia TK- godziny udzielania świadczeń zdrowotnych od-do
RAZEM	**Ilość godzin:**	**Ilość godzin:**

…… **……**
pieczęć i podpis lekarza .. pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej