

ZESTAWIENIE HARMONOGRAMU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

(WZÓR)

Wynagrodzenie, o którym mowa w par. 7, pkt 1.1 i 1.2 (Liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych)

Imię i nazwisko lekarza	Data	W godzinach od.... do....	Liczba godzin	Pracownia

Zatwierdzam zestawienie

.....
(podpis Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej ŚCO)

.....
data i podpis Przyjmującego Zamówienie