# HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE CZYNNOŚCI LEKARZA ……..

**miesiąc..... rok.....**

**.....**
(imię i nazwisko) Przyjmującego Zamówienie

| DATA | Godzina rozpoczęcia świadczenia | Godzina zakończenia świadczenia | Liczba godzin |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | **ŁĄCZNIE LICZBA GODZIN** | |

**……** **……**
pieczęć i podpis udzielającego świadczeń pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej