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