

## Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych

.....  
Miesiąc/ rok

.....  
Nazwa Przyjmującego zamówienie na udzielanie świadczenia zdrowotnego

Dni miesiąca	Dni tygodnia	Ilość godzin udzielania świadczenia zdrowotnego w danym dniu
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
<b>RAZEM</b>		

.....  
podpis Przyjmującego zamówienie

.....  
Podpis Udzielającego zamówienia