

## Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych

.....  
Miesiąc/ rok

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

| Dni<br>miesiąca | Dni tygodnia | Ilość godzin udzielania<br>świadczenia zdrowotnego<br>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              |              |  |
| RAZEM           |              |  |

.....  
podpis Przyjmującego zamówienie

.....  
Podpis Udzielającego zamówienia