

Załącznik nr 1
do Umowa nr
o udzielanie zamówienia na świadczenie
zdrowotne

Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych

.....
Miesiąc/ rok

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

Dni miesiąca	Imię i nazwisko osoby pełniącej gotowość	Numer telefonu kontaktowego	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			
RAZEM			

.....
Podpis Przyjmującego zamówienie

.....
Podpis Udzielającego zamówienia