Nazwa komórki organizacyjnej

zał. nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia Przez lekarzy dyżurów „pod telefonem” z wezwaniem….

Harmonogram dyżurów lekarskich pod telefonem w miesiącu ……..

Data	**godziny**	**Imię i nazwisko**	**wykonanie pracy w wyniku wezwania**

…….
(sporządził)

…….
(zatwierdził)