Nazwa komórki organizacyjnej

zał. nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zabezpieczenia lekarskiego transportu pacjentów…..

Harmonogram dyżurów lekarskich pod telefonem w miesiącu ……..

Data	**godziny**	**Imię i nazwisko**	**wykonanie transportu**

……. (sporządził)

……. (zatwierdził)