Nazwa komórki organizacyjnej

zał. nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich

Harmonogram dyżurów lekarskich w miesiącu ……..

Data	**godziny**	**Imię i nazwisko**

…….
(sporządził)

…….
(zatwierdził)