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)