Nazwa komórki organizacyjnej

zał. nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia tzw. dyżurów „pod telefonem” z wezwaniem przez ratowników medycznych….

Harmonogram dyżurów ratowników med. pod telefonem w miesiącu ……..

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

…….
(sporządził)

…….
(zatwierdził)