

Załącznik Nr 1 do umowy .../2024 (postępowanie KO/3/2024)

Oddział Traumatologii

.....

Działalność gospodarcza pod nazwą

KARTA CZASU PRACY					
..... 2024r.					
DATA	GODZINA		POTWIERDZENIE LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM	LICZBA	PODPIS
	POCZĄTEK UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	KONIEC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ		udzielanie świadczeń zdrowotnych	PODMIOTU
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					

31.					
		RAZEM		0	