

**Harmonogram  
Udzielania Świadczeń Zdrowotnych  
Przyjmującego Zamówienie**

**Lek.** .....

w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Międzyrzecu Podlaskim

**Komórka organizacyjna** .....

Harmonogram określający miejsce i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych dniach tygodnia:

<b>dzień</b>	<b>godziny udzielania świadczeń</b>
poniedziałek	
wtorek	
środa	
czwartek	
piątek	
sobota	
niedziela	

Harmonogram obowiązuje od dnia ..... do odwołania.

Zapoznałam/em się i akceptuję.

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

.....

.....