

Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych – KONTRAKT

na miesiąc 20..... r.

Oznaczenie zmiany	Godziny	Dni miesiąca																															
		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	
R12	6:00-18:00																																
D24	6:00-6:00																																
N12	18:00-6:00																																

Podpis osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych

Podpis Pielęgniarki Oddziałowej

.....

.....