

### H A R M O N O G R A M

Nazwisko i imię:

| Nazwa komórki organizacyjnej | czas udzielania świadczeń (od – do) |
|------------------------------|-------------------------------------|
| Pn. ....                     | .....                               |
| Wt. ....                     | .....                               |
| Śr. ....                     | .....                               |
| Czw. ....                    | .....                               |
| Pt. ....                     | .....                               |

Ogółem godzin: (tygodniowo) .....

Udzielający zamówienie wyraża zgodę na skorzystanie przez Przyjmującego zamówienie z prawa do odpoczynku bezpośrednio po dyżurze medycznym pełnionym w ramach niniejszej umowy, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem kierującym oddziałem, że oddział został prawidłowo zabezpieczony pod względem opieki lekarskiej pacjentów.

.....  
przyjmujący zamówienie

.....  
udzielający zamówienie