

H A R M O N O G R A M

Nazwisko i imię: Lek.

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

Ogółem godzin (tygodniowo):

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do każdorazowego zgłoszenia zaszłych zmian w wyżej wymienionym harmonogramie pracy. W wyżej podanym dniu i godzinach nie będą udzielane przeze mnie świadczenia w innej jednostce organizacyjnej tut. PPZOZ ani też w innym podmiocie.

.....
przyjmujący zamówienie

.....
udzielający zamówienie