

Załącznik Nr 2 do UMOWY O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE w rodzaju
ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu

HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE W PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Numer umowy: SPZOZ/DKP.1133.UK/ /2020 **Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska**

godziny udzielania świadczeń																
NAZWA zakresu świadczeń (wymienić zgodnie z zakresem obowiązującym w umowie)	ADRES komórki organizacyjnej - poradni (wypełnić dla każdego miejsca udzielania świadczeń oddzielnie)		poniedziałek		wtorek		środa		czwartek		piątek		sobota		tygodniowa liczba godzin udzielania świadczeń	informacje dodatkowe
	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA numer domu i lokalu	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do		
świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Siedlce	Formińskiego 14														

data sporządzenia:

pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienia:

pieczęć i podpis Udzielającego zamówienie:

.....

.....