

**INDYWIDUALNY HARMONOGRAM CZASU PRACY** NR KONTRAKTU.....  
-LEKARZ  
NA MIESIĄC.....2013

.....  
IMIĘ I NAZWISKO

.....  
NAZWA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ

DZIEŃ MIESIĄCA	PRACA W GODZINACH		LICZBA GODZIN	DYŻUR W GODZINACH		LICZBA GODZIN	GODZINY WOLNE		MIESIĘCZNY LIMIT PKT *  .....
	OD	DO		OD	DO		PŁATNE	NIEPŁATNE	
1									* WYPEŁNIA SIĘ W PRZYPADKU GDY KONTRAKT ROZLICZANY JEST W OPARCIU O STAWKĘ ZA PKT ROZLICZENIOWY Z NFZ
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									
<b>RAZEM</b>									

SPORZĄDZIŁ/A :  ..... PODPIS KOORDYNATORA/ORDYNATORA/KIER.KOM.ORGANIZ	UZGODNIŁ/A :  ..... PODPIS PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE	ZATWIERDZIŁ:  ..... PODPIS DYREKTORA DS. LECZNICTWA
DATA.....	DATA.....	DATA.....