

.....
(pieczętka podmiotu przyjmującego zamówienie)

**Harmonogram udzielanych świadczeń medycznych w ramach Nocnej i Świątecznej
Opieki Zdrowotnej**

miesiąc: rok:

Dzień	Data dyżuru	Dyżur od godz. – do godz.	Ilość godzin świadczenia
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			
Łączna liczba godzin udzielanych świadczeń - dyżur w dni robocze			
Łączna liczba godzin udzielanych świadczeń - dyżur w dni świąteczne i wolne od pracy			
Łączna liczba godzin udzielanych świadczeń - dyżur Sylwester, Nowy Rok, Wielkanoc, 1 i 3 Maja, Boże Narodzenie			

.....
(podpis i pieczętka osoby nadzorującej zamówienie)

.....
(podpis Przyjmującego zamówienia)