Załącznik nr 1 do umowy

Harmonogram usług wykonywanych w SP ZOZ MSWiA w Białymstoku
im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego za miesiąc ………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data** | **Nazwisko** | **Godziny** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 Podpis Wykonawcy podpis Pielęgniarki Oddziałowej Izby

 Przyjęć lub osoby przez nią upoważnionej

 Podpis Kierownika Działu Administracyjno-Technicznego