

ZAŁĄCZNIK Nr 1 do umowy

**Harmonogram pracy**  
(wypełnić odpowiednio do zakresu określonego w umowie)

**Cześć A**

**HARMONOGRAM PRACY PRAKTYKI**

**Nazwa Świadczeniodawcy**.....

**Adres** .....**tel.** .....

**Adres lokalu (lokali), w którym udzielane są świadczenia zdrowotne oraz tygodniowy harmonogram praktyki Świadczeniodawcy .**

Dzień tygodnia	Godziny pracy	Wizyty domowe
poniedziałek	od ..... do.....	od ..... do.....
wtorek	od ..... do.....	od ..... do.....
środa	od ..... do.....	od ..... do.....
czwartek	od ..... do.....	od ..... do.....
piątek	od ..... do.....	od ..... do.....

## Cześć B

### HARMONOGRAM PRACY LEKARZA POZ

Nazwa Świadczeniodawcy.....

Adres .....tel.....e-mail.....

Adres lokalu (lokali), w którym udzielane są świadczenia zdrowotne oraz tygodniowy harmonogram pracy lekarzy POZ

Dzień tygodnia	Godziny pracy	Wizyty domowe
poniedziałek	od ..... do.....	od ..... do.....
wtorek	od ..... do.....	od ..... do.....
środa	od ..... do.....	od ..... do.....
czwartek	od ..... do.....	od ..... do.....
piątek	od ..... do.....	od ..... do.....

wypełnić należy dla każdego lekarza osobno

Numer prawa wykonywana zawodu.....

## Cześć C

### HARMONOGRAM PRACY PIELEGNIARKI POZ

Nazwa Świadczeniodawcy.....

Adres ..... tel..... e-mail.....

Adres lokalu (lokali), w którym udzielane są świadczenia zdrowotne oraz tygodniowy harmonogram pracy pielęgniarki POZ

Dzień tygodnia	Godziny pracy w środowisku	Godziny pracy w gabinecie pielęgniarki rodzinnej
poniedziałek	od ..... do.....	od ..... do.....
wtorek	od ..... do.....	od ..... do.....
środa	od ..... do.....	od ..... do.....
czwartek	od ..... do.....	od ..... do.....
piątek	od ..... do.....	od ..... do.....

\* wypełnić należy dla każdej pielęgniarki osobno

Numer prawa wykonywana zawodu.....

## Cześć D

### HARMONOGRAM PRACY POŁOŻNEJ

Nazwa Świadczeniodawcy.....

Adres ..... tel..... e-mail.....

Adres lokalu (lokali), w którym udzielane są świadczenia zdrowotne oraz tygodniowy harmonogram pracy położnej POZ

Dzień tygodnia	Godziny pracy w środowisku	Godziny pracy w gabinecie położnej rodzinnej
poniedziałek	od ..... do.....	od ..... do.....
wtorek	od ..... do.....	od ..... do.....
środa	od ..... do.....	od ..... do.....
czwartek	od ..... do.....	od ..... do.....
piątek	od ..... do.....	od ..... do.....

\* wypełnić należy dla każdej położnej osobno

Numer prawa wykonywania zawodu.....

## Cześć E

### HARMONOGRAM PRACY PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI W ŚRODOWISKU NAUCZANIA I WYCHOWANIA

Nazwa Świadczeniodawcy .....

Adres ..... tel..... e-mail.....

Lp	Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych	Adres szkoły				Harmonogram pracy Godziny pracy w gabinecie profilaktyki od-do				
	Typ szkoły	Kod	miejsowość	ulica	nr	PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIATEK
1										
2										
3										
4										
5										
6										

Numer prawa wykonywania zawodu.....

....., dnia.....2006 r

.....

Kierownik - Dyrektor

Pieczęć