



Indywidualny harmonogram pracy na m-c20.....roku imię/nazwisko
Oddział/Zakład

Dzień	Przychodnia Centrum Onkologii		Zakład			Ambulatorium Chemioterapii	Pozostałe		Inne
	Poradnia	Poradnia	Pracownia/Poradnia	Pracownia/Poradnia	Pracownia/Poradnia		Blok operacyjny	Centrum Diagnostycz no- Lecznicze	
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.								

Data i podpis osoby sporządzającej

Podpis koordynatora./kierownika/Dyrektora ds. Medycznych