



**Indywidualny harmonogram pracy na m-c .....20.....roku imię/nazwisko .....**  
**Oddział/Zakład .....**

Dzień	Oddział	Przychodnia Centrum Onkologii		Zakład				Ambulatorium Chemioterapii	Pozostałe			Inne
		Poradnia	Poradnia	Pracownia/Poradnia	Pracownia/Poradnia	Pracownia/Poradnia	Pracownia/Poradnia		Blok operacyjny	Centrum Diagnostyczno-Lecnicze	Dyżur/przyjazd na wezwanie lekarz dyżurnego	
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