**Załącznik nr.5 do SWKO** WARSZAWA, dnia ………………. r.

**PROPONOWANY HARMONOGRAM PRACY**

IMIĘ I NAZWISKO : …………………………………………………………………………………………………….

ZAWÓD : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

ZLO :…………………………………………………………. PORADNIA : POZ dla dorosłych/dzieci \*

**Obowiązuje od dnia ……………………….r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dzień tygodnia | Godziny pracy  **ambulatoryjne** od - do | | Godziny pracy  **wizyty domowe** od – do |
| DOROŚLI | DZIECI |
| poniedziałek |  |  |  |
| wtorek |  |  |  |
| środa |  |  |  |
| czwartek |  |  |  |
| piątek |  |  |  |

**1.Dotyczy lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ**

Informuję, że moja lista aktywna pacjentów jest tworzona**:**

1) w SZPZLO Warszawa Praga Południe;  
2) u innego Świadczeniodawcy;

3) w SZPZLO Warszawa Praga Południe i u innych Świadczeniodawców ;  
4)nie tworzę listy.

**2. Dotyczy wszystkich osób udzielających świadczeń.**Oświadczam, że podane godziny pracy w przedstawionym harmonogramie nie pokrywają się z godzinami pracy wykazanymi przeze mnie u innego świadczeniodawcy.

………………………………….…………

(PODPIS )

\*niepotrzebne skreślić