Załącznik nr 1

Dane o potencjale wykonawczym Przyjmującego zamówienie wykonującego świadczenia na rzecz Centrum Zdrowia Psychicznego

Harmonogram miejsca

Nazwa miejsca udzielania świadczeń				Specjalność komórki organizacyjnej (VIII część KR)		
pon	**wt**	**śr**	**czw**	**pt**	**sob**	**niedz**

Harmonogram czasu pracy personelu medycznego

Lp.	Imię	Nazwisko	zawód/ specjalność	Nr prawa wykonywania zawodu	PESEL	miejsce udzielania świadczeń	godziny pracy						
							pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
1.													
2.													
3.													