

**Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych**  
**z zakresu okulistyki**  
**w PCM w Rzeszowie SPZOZ**

**Poniedziałek** .....

**Wtorek** .....

**Środa** .....

**Czwartek** .....

**Piątek** .....

Rzeszów, dnia .....

.....  
pieczętka i podpis Oferenta