

Rzeszów, dnia

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy;.....
Miejsce udzielania świadczenia**WNIOSEK – o zmianę „Harmonogramu pracy” do umowy nr**

.....

dzień tygodnia	Aktualny harmonogram		Harmonogram po zmianach		Stała zmiana	Jednorazowa zmiana w dniu
	od	do	od	do		
poniedziałek						
wtorek						
środa						
czwartek						
piątek						

Zobowiązuję się, że zmiana „Harmonogramu pracy” nie spowoduje utrudnienia w przyjęciu pacjentów

Wnoszę o zmianę od dnia

.....
pieczęć i podpis Przyjmującego Zamówienie

Akceptacja od dnia

.....
Dyrektor PCM w Rzeszowie SPZOZ lub osoba upoważniona