

**Harmonogram  
udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu**

**CHIRURGII OGÓLNEJ**

**w PCM w Rzeszowie SPZOZ**

**Poniedziałek** .....

**Wtorek** .....

**Środa** .....

**Czwartek** .....

**Piątek** .....

Rzeszów, dnia .....

.....  
pieczętka i podpis Oferenta