WYKAZ PERSONELU ZGODNIE Z ROZPORZADZENIEM MZ Z DNIA 22 LISTOPADA 2013R. W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU LECZENIA SZPITALNEGO DZ. U. 2021, POZ.290

Zał. nr 4

| L.P | IMIĘ | NAZWISKO | NR PRAWA WYK. ZAWODU | SPECJALIZACJA (rodzaj, stopień, doświadczenie w odpowiednich zabiegach operacyjnych - leczenie zaćmy i jaskry, | ŚREDNIO TYGODNIOWY WYMIAR ZATRUDNIENIA | Typ personelu (lekarz, pielęgniarka, sekretarka) | HARMONOGRAM PRACY |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |