

HARMONOGRAM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
Z ZAKRESU BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH – BADANIA W KIERUNKU .....

Lp.	Miejsce REJESTRACJI (jedn./kom. org. Przyjmującego zamówienie)	Dni i godziny pracy rejestracji	Miejsce wykonania badania (jedn./kom. org. Przyjmującego zamówienie)	Dni i godziny wykonywania oferowanych badań	Uwagi (np. sposób rejestracji pacjenta, numery telefonów)