

HARMONOGRAM POSTOJÓW DENTOBUSÓW
Załącznik nr 6 do umowy nr

rodzaj świadczeń: leczenie stomatologiczne
(dotyczy świadczeń udzielanych w dentobusie)

Obszar udzielania świadczeń:								
data postoju dentobusu		miejsce postoju dentobusu nazwa powiatu	miejsce postoju dentobusu nazwa gminy	miejsce postoju dentobusu nazwa miasto/wieś	godziny postoju		miejsce postoju nazwa	miejsce postoju adres
data	dzień tygodnia				od	do		
<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e</i>	<i>f</i>	<i>g</i>	<i>h</i>	<i>i</i>

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy