



Έντυπο Δήλωσης Πογράμματος Λειτουργίας Κέντρου Υγείας

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΡΟΥ

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2021

	Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ	Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ	Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ	Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ
Ονόματα Ιατρών	1/2	2/2	3/2	4/2	5/2	6/2	7/2	8/2	9/2	10/2	11/2	12/2	13/2	14/2	15/2	16/2	17/2	18/2	19/2	20/2	21/2	22/2	23/2	24/2	25/2	26/2	27/2	28/2
Ευγενία Ανδρέου	Π	Π	Περ	Π	Π			Π	Π/Περ	Π	Περ	Π			Π	Π	Περ	Π	Π			Π	Π/Περ	Π	Περ	Π		
Αναγνώστης Φυντανής	Π	Π	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Π	Π		

Πωινό 7:30 - 15:00
Απόγευμα 12:00 - 19:30

Ονόματα Ιατρών	
Ευγενία Ανδρέου	
Αναγνώστης Φυντανής	

 Όνομα Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

 Υπογραφή Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Ημερομηνία : _____