



Έντυπο Δήλωσης Προγράμματος Λειτουργίας Κέντρου Υγείας

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΓΚΩΜΗΣ

ΝΟΕΜΒΡΗΣ 2019

	Παρ	Σαβ	Κυρ	Δευ	Τριτ	Τετ	Πεμπ	Παρ	Σαβ	Κυρ	Δευ	Τριτ	Τετ	Πεμπ	Παρ	Σαβ	Κυρ	Δευ	Τριτ	Τετ	Πεμπ	Παρ	Σαβ	Κυρ	Δευ	Τριτ	Τετ	Πεμπ	Παρ	Σαβ
Ονόματα Ιατρών	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Ανδρούλα Παλλήκαρου	Π			A	Π	Π	Π	Π			A	Π	Π	Π	Π			A	Π	Π	Π	Π			A	Π	Π	Π	Π	
Νίκη Ιερείδου	Π			Π	A	Π	Π	Π			Π	A	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Π	Π			Π	A	Π	Π	Π	
Έλενα Ευαγγελάκη	Π			Π	Π	A	Π	Π			Π							Π	A	Π	Π				Π	Π	A	Π	Π	
Θέτις Ακαθιώτου	Π			Π	Π	Π	A	Π			Π	Π	Π	A	Π			Π	Π	Π	A	Π			Π	Π	Π	A	Π	
Χαρίκλεια Πήλικου	Π			Π	Π	Π	Π	Π			Π	Π	A	Π	A			Π	Π	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Π	Π	
Θεοδώρα Ζαχαριάδου	A			Π	Π	Π	Π	A			Π									Π	Π	A			Π	Π	Π	Π	A	

Πρωινό 07:30 - 15:00	Π
Απόγευμα 12:30 - 20:00	A

Ονόματα Ιατρών	Αντικαταστάτης

Όνομα Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Ημερομηνία : _____