

Έντυπο Δήλωσης Προγράμματος Λειτουργίας Κέντρου Υγείας

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ Παλαιού Νοσοκομείου Αμμοχώστου
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2020

	Π	Π	Σ	Κ	Δ	Τ	Τ	Π	Π	Σ	Κ	Δ	Τ	Τ	Π	Π	Σ	Κ	Δ	Τ	Τ	Π	Π	Σ	Κ	Δ	Τ	Τ	Π	Π
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
Αντώνης Μιχαηλίδης		Π			Α	Π	Π	Α	Α			Π	Π	Π	Α	Α			Π	Π	Π	Α	Α			Π	Π	ΑΡΓΙΑ	Α	Α
Παρασκευή Θωμά		Α			Π	Π	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Λ	Λ			Λ	Λ	Λ	Λ	Λ			Λ	Λ	ΑΡΓΙΑ	Λ	Λ
Κυριάκος Ιωάννου		Δασ			Αυγ	Βρυ	Ξυλ	Ορμ	Δασ			Α	Ορμ	Ξυλ	Ορμ	Ορμ			Α	Ορμ	Ξυλ	Ορμ	Ορμ			Α	Ορμ	ΑΡΓΙΑ	Ορμ	Ορμ
Χάρις Μιχαηλίδου		Π			Π	Π	Α	Π	Π			Π	Π	Α	Π	Π			Π	Π	Α	Π	Π			Π	Π	ΑΡΓΙΑ	Π	Π
Ειρήνη Στυλιανή Λουκά		Π			Π	Α	Π	Π	Π			Π	Α	Π	Π	Π			Π	Α	Π	Π	Π			Π	Α	ΑΡΓΙΑ	Π	Π

Πρωινό 07:30 - 15:00	Π
Απόγευμα 12:00 - 19:30	Α

Ονόματα Ιατρών	Αντικαταστάτης

Δρ. Αντώνης Μιχαηλίδης
Όνομα Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας
Ημερομηνία : _