

Έντυπο Δήλωσης Προγράμματος Λειτουργίας Κέντρου Υγείας

**ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙΜΑΚΛΙΟΥ**

**ΙΟΥΝΙΟΣ 2019**

	Σαβ.	Κυρ.	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	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	
Δρ. Πίτσα Τσουλλή			Π	Π	Α	Π	Π			Π	Π	Α	αδεια	αδεια				Π	Α	Π	Π			Π	Π	Α	Π	Π			
Δρ. Σύλβια Βασιλείου			Π	Π	Π	Π	Π			Α	Π	Π	Π	Π				Π	Π	Π	Π			Α	Π	Π	Π	Π			
Δρ. Αντώνιος Σουτόπουλος			αδεια	Π	Π	Α	Π			Π	Π	Π	Α	Π				Π	Π	Α	Π			Π	Α	Π	Α	αδεια			
Δρ. Καρολίν Ζέα Ροχάν			Π	Α	Π	Π	Π			Π	Α	Π	Π	Π				Α	Π	Π	Π			αδεια	αδεια	αδεια	αδεια	αδεια			
Δρ. Ιωάννης Πουμπουρίδης			Α	Π	Π	Π	Α			Π	Π	Π	Π	Α				Π	Π	Π	Α			Π	Π	Π	Π	Α			

Πρωινό	07:30 - 15:00	<b>Π</b>
Απόγευμα	12:30 - 20:00	<b>Α</b>

Ονόματα Ιατρών	Αντικαταστάτης

Δρ. Πίτσα Τσουλλή  
Όνομα Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Υπογραφή Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Ημερομηνία : \_\_\_\_\_