

Έντυπο Δήλωσης Προγράμματος Λειτουργίας Κέντρου Υγείας

**ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΑΚΑΤΑΜΙΑΣ**

**ΟΚΤΩΒΡΗΣ 2020**

	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	Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ
Ονόματα Ιατρών	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10	11/10	12/10	13/10	14/10	15/10	16/10	17/10	18/10	19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	24/10	25/10	26/10	27/10	28/10	29/10	30/10
ΔΡ. ΑΝΔΡΟΥΛΑ ΓΑΛΑΖΗ		S/L			S/L	Π	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Π	Π
ΔΡ. ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ		Π			Π	Π	A	Π	Π			Π	Π	A	Π	Π			Π	Π	A	Π	Π			Π	Π	A	Π	Π
ΔΡ. ΑΝΤΩΝΗΣ ΦΙΛΙΠΠΙΔΗΣ		A/L			Π	A	Π	Π	Π			Π	A	Π	Π	Π			Π	A	Π	Π	Π			Π	A	Π	Π	Π
ΔΡ. ΙΒΑΝ ΜΠΕΝΤΖΙΑΜΙΝ		Π			Π	Π	A	Π	Π			Π	Π	A	Π	Π			Π	Π	A	Π	Π			Π	Π	A	Π	Π
ΔΡ. ΕΙΡΗΝΗ ΒΑΣΟΥ		A			Π	Π	Π	Π	A			Π	Π	Π	Π	A			Π	Π	Π	Π	A			Π	Π	Π	Π	A
ΔΡ. ΓΙΩΡΓΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ		Π			A	ΥΥ	Π	ΥΥ	Π			A	ΥΥ	Π	ΥΥ	Π			A	ΥΥ	Π	ΥΥ	Π			A	ΥΥ	Π	ΥΥ	Π
ΔΡ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ		Π			Π	Π	Π	A	Π			Π	Π	Π	A	Π			Π	Π	Π	A	Π			Π	Π	Π	A	Π

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

Π
A

Ονόματα Ιατρών	

Όνομα Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Υπογραφή Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Ημερομηνία :

