



Έντυπο Δήλωσης Προγράμματος Λειτουργίας Κέντρου Υγείας

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΛΕΥΚΑΡΩΝ

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	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
ΣΑΒΒΑ ΤΖΑΚΕΛΙΝ	ΚΟΦ	Π	Κ(Α)	Π	ΚΟΦ			ΚΟΦ	Π	Κ(Α)	Π	ΚΟΦ			ΚΟΦ	Π	Κ(Α)	Π	ΚΟΦ			ΚΟΦ	Π	Κ(Α)	Π	ΚΟΦ		

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

ΚΟΦ:ΚΟΦΙΝΟΥ
Κ(Α): ΚΟΦΙΝΟΥ ΑΠΟΓΕΥΜΑ

Ονόματα Ιατρών	
Τζακελίν Σαββά	

 Όνομα Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

 Υπογραφή Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Ημερομηνία : _____