Έντυπο Δήλωσης Προγράμματος Λειτουργίας Κέντρου Υγειας

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΟΜΟΔΟΥΣ																														
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2019																														
	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	Κυρ	Δευ
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
		Π	Π	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Π	Π			Π	Π	Π	Π	Π			Π

Πρωινό 07:30 - 15:00	**Π**
Απόγευμα 12:30 - 20:00	**Α**

Ονόματα Ιατρών	Αντικαταστάτης

_____

Όνομα Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Ημερομηνία : _____