

Έντυπο Δήλωσης Προγράμματος Λειτουργίας Κέντρου Υγείας

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ _____ ΠΛΑΤΡΩΝ _____

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. Σωτηρίου Μαρίας			Π	Π	Π*	Α	Π			Π*	Α	Π	Π*	Π			Π*	Π	Π	Α	Π*			Π	Α	Π*	Π	Π			
Δρ. Διονυσίου Παντελάκης			Π*	Α	Π	Π	Π*			Π	Π	Π*	Α	Π*			Π	Α	Π*	Π	Π			Π*	Π	Π	Α	Π*			

Πρωινό 07:30 - 15:00	Π
Απόγευμα 10:30 - 18:00	Α

*** ΠΕΡΙΟΔΙΑ**

Ονόματα Ιατρών	Αντικαταστάτης

_____ Δρ. Σωτηρίου Μαρίας _____
Όνομα Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Ημερομηνία : ____ #####