

Έντυπο Δήλωσης Προγράμματος Λειτουργίας Κέντρου Υγείας

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΑΤΡΩΝ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2020

	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	Δευ	
Ονόματα Ιατρών	2/11	3/11	4/11	5/11	6/11	7/11	8/11	9/11	10/11	11/11	12/11	13/11	14/11	15/11	16/11	17/11	18/11	19/11	20/11	21/11	22/11	23/11	24/11	25/11	26/11	27/11	28/11	29/11	30/11	
Δρ.Σωτηρίου Μ		ΠΑ*		ΠΑ*				ΠΑ*		ΠΑ*		ΠΑ*	*	*		ΠΑ*		ΠΑ*				ΠΑ*		ΠΑ*		ΠΑ*	*	*		
Δρ. Διονυσίου Π	ΠΑ*		ΠΑ*		ΠΑ*	*	*		ΠΑ*		ΠΑ*				ΠΑ*		ΠΑ*		ΠΑ*	*	*		ΠΑ*		ΠΑ*					ΠΑ*

Πρωινό 7:30 - 15:00	Π
Απόγευμα 12:00-19:30	Α
On call 19:30-07:30	*

Ονόματα Ιατρών	ΑΔΕΙΑ
Δρ. Σωτηρίου Μάριος	
Δρ.Διονυσίου Παντελής	

Δρ Σωτηρίου Μάριος
Όνομα Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Υπογραφή Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Ημερομηνία : _____

τηλ25422225