

Έντυπο Δήλωσης Προγράμματος Λειτουργίας Κέντρου Υγείας

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ \_\_\_\_\_ ΑΚΥ ΚΕΛΛΑΚΙΟΥ \_\_\_\_\_

ΝΟΕΜΒΡΗΣ 2019

	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	Τριτ	Τετ	Πεμπ	Παρ	Σαβ
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
ΜΑΡΙΑ ΜΙΧΑΗΛ	Π	DO	DO	Π*	Π	Π*	Π*	Π	DO	DO	Π*	Π	Π*	Π*	Π	DO	DO	Π*	Π	Π*	Π*	Π	DO	DO	Π*	Π	Π*	Π*	Π	DO

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

\*ΔΕΥΤΕΡΑ: ΠΥΡΓΟΣ-ΚΕΛΛΑΚΙ-ΔΙΕΡΩΝΑ-ΚΕΛΛΑΚΙ ΕΝΑΛΛΑΞ ΚΑΘΕ 15 ΜΕΡΕΣ ΜΕ ΚΕΛΛΑΚΙ- ΕΠΤΑΓΩΝΙΑ-ΑΡΑΚΑΠΑ-ΚΕΛΛΑΚ  
 \* ΤΕΤΑΡΤΗ: ΠΑΡΕΚΚΗΣΙΑ-ΚΕΛΛΑΚΙ  
 \*ΠΕΜΠΤΗ: ΜΟΝΗ-ΚΕΛΛΑΚΙ ΕΝΑΛΛΑΞ ΚΑΘΕ 15 ΜΕΡΕΣ

ΜΕ ΚΕΛΛΑΚΙ-ΒΑΣΑ

Ονόματα Ιατρών	Αντικαταστάτης
ΜΑΡΙΑ ΜΙΧΑΗΛ	

\_\_\_\_\_ ΜΑΡΙΑ ΜΙΧΑΗΛ \_\_\_\_\_  
 Όνομα Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Ημερομηνία : \_\_\_\_ 19.09.19