*Załącznik nr 3*

do umowy nr ……………………………….

**HARMONOGRAM PRACY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Komórka organizacyjna** | **Dni powszednie** | **Liczba osób** | **Dni wolne** | **Liczba osób** |
| Oddział Dziecięcy | 7.00 -16.00 | 1 | 7.00 – 15.00 | 1 |
| Oddział Chirurgiczny | 7.00 – 16.0010.00 – 14.00 | 11 | 7.00 – 16.00 | 1 |
| Blok Operacyjny | 7.00 – 19.0010.00 -16.0019.00 -7.00 | 111 | 7.00 – 19.0019.00 -7.00 | 11 |
| Anestezjologia i Intensywna Terapia | 7.00 – 17.00 | 1 | 8.00 – 16.00 | 1 |
| Odział Ginekologiczno – Położniczy i Noworodkowy | 7.00 - 18.007.00- 13.00 | 11 | 7.00 – 16.00 | 1 |
| Oddział Wewnętrzny | 7.00 – 16.007.00 – 16.00 | 11 | 7.00 – 16.00 | 1 |
| Zakład Opiekuńczo Leczniczy | 7.00 -19.007.00-13.007.00 – 16.00 | 122 | 7.00 – 18 007.00- 14.00 | 12 |
| Centralna Sterylizatornia +Apteka | 7.00 – 15.00 | 1 |  |  |
| Ciągi komunikacyjne | 6.00– 13.0010.00 – 20.0018.00 – 6.00 | 211 | 14.00 – 20.0019.00 – 7.00 | 11 |
| Centrum Rehabilitacji | 8.00 - 16.0014.00- 22.00 | 11 | w sobotę15.00 – 17.00 | 1 |
| Administracja | 14.00 – 20.00 | 1 |  |  |
| Mycie maszynowe i doczyszczanie |  | 1 |  |  |

 …………………………………………………………………

 *(podpis i pieczątka imienna przedstawiciela Wykonawcy)*