*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 – 16.00  10.00 – 14.00 | 1  1 | 7.00 – 16.00 | 1 |
| Blok Operacyjny | 7.00 – 19.00  10.00 -16.00  19.00 -7.00 | 1  1  1 | 7.00 – 19.00  19.00 -7.00 | 1  1 |
| Anestezjologia i Intensywna Terapia | 7.00 – 17.00 | 1 | 8.00 – 16.00 | 1 |
| Odział Ginekologiczno – Położniczy i Noworodkowy | 7.00 - 18.00  7.00- 13.00 | 1  1 | 7.00 – 16.00 | 1 |
| Oddział Wewnętrzny | 7.00 – 16.00  7.00 – 16.00 | 1  1 | 7.00 – 16.00 | 1 |
| Zakład Opiekuńczo Leczniczy | 7.00 -19.00  7.00-13.00  7.00 – 16.00 | 1  2  2 | 7.00 – 18 00  7.00- 14.00 | 1  2 |
| Centralna Sterylizatornia +Apteka | 7.00 – 15.00 | 1 |  |  |
| Ciągi komunikacyjne | 6.00– 13.00  10.00 – 20.00  18.00 – 6.00 | 2  1  1 | 14.00 – 20.00  19.00 – 7.00 | 1  1 |
| Centrum Rehabilitacji | 8.00 - 16.00  14.00- 22.00 | 1  1 | w sobotę  15.00 – 17.00 | 1 |
| Administracja | 14.00 – 20.00 | 1 |  |  |
| Mycie maszynowe i doczyszczanie |  | 1 |  |  |

…………………………………………………………………

*(podpis i pieczątka imienna przedstawiciela Wykonawcy)*