Porada Telefoniczna

Kod świadczeniodawcy	*Nazwa świadczeniodawcy*	*Telefon pod którym będzie udzielana porada*	*Zakres świadczeń*	*Poniedziałek - dr Stępniewska*		*Wtorek*		*Środa- dr Świerzyńska*		*Czwartek - dr Gan*		*Piątek- dr Lusińska*	
				od	**do**	od	do	**od**	**do**	od	do	**od**	**do**
001650	**Powiatowy Zakład Usług Medycznych Sp. Z O.O.**	**59 847 47 57**	**lekarz poz**	**13:30**	**14:00**	---	---	**13:00**	**13:30**	13:00	13:30	**14:00**	**14:30**
		59 847 47 60	pielęgniarka poz	**13:00**	**13:30**	15:30	16:00	**13:00**	**13:30**	15:30	16:00	---	---
		---	**położna poz**	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---