

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA NA BLOKU OPERACYJNYM

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
<b>Razem</b>			

\* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

.....  
czytelny podpis Przyjmującego  
zamówienie

.....  
pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

.....  
pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa