Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.03.02 15:12:38 +01'00'

*Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w II Oddziale Chorób Wewnętrznych*

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W II ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH SZPITALA WOLSKIEGO

**miesiąc..... rok.....**

**.....**

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

| DZIEŃ | OD GODZINY* | DO GODZINY* | SUMA GODZIN W DANYM DNIU* |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | **Razem** | |

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

| ……. | …….. | …….. |
|---|---|---|
| czytelny podpis Przyjmującego zamówienie | pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej | pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa |