

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ 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