Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.03.23 11:27:01 +01'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z częścią urazową Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ Z CZĘŚCIĄURAZOWĄ 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