Robert Mazur

Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.03.23 11:30:03 +01'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z częścią urazową Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ Z CZĘŚCIĄ URAZOWĄ 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