Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.03.23 11:31:12 +01'00'

Załącznik nr 2² do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziale Chirurgii Naczyniowej Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** 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