Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.03.15 13:30:33 +01'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w SOR

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z LICZBY GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

miesiąc…..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DATA	**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