

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, UDAROWYM,  
PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ SZPITALA WOLSKIEGO  
miesiąc..... rok.....

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

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		<b>Razem</b>	

\* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

.....  
czytelny podpis Przyjmującego  
zamówienie

.....  
pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

.....  
pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa