Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.06.27 13:24:00 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę systemu w SOR Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU W SOR 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