Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.06.15 13:12:14 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa na Bloku Operacyjnym Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA NA BLOKU OPERACYJNYM

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