Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.06.15 13:29:03 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w ODiTW Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ, W PRACOWNI ELEKTROFIZJOLOGII I W PRACOWNI RADIOLOGII ZABIEGOWEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ	**OD GODZINY***	**DO GODZINY***	**SUMA GODZIN W DANYM DNIU***	**PRACOWNIA ODiTW****
		Razem		

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

****** Pracownia elektrofizjologii – '**PE**' lub Pracownia radiologii zabiegowej - '**PRZ**'

…… …….. ……..

czytelny podpis Przyjmującego zamówienie | pieczęć i podpis Pielęgniarki Koordynującej | pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa