

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z LICZBY GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ELEKTORADIOLOGII W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZACZYNIOWEJ

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 Koordynującej

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