Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.07.21 11:33:39 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Klinicznym Oddziale kardiologicznym Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO 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