

**MIESIĘCZNY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELEŃNIARSTWA 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