Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.07.03 11:06:11 +02'00'

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

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W BLOKU OPERACYNYM 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