Robert Mazur

Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.08.18 10:59:57 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO:

- W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM*
- W INNYM ODDZIALE SZPITALA WOLSKIEGO ……*

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DATA	**OD GODZINY****	**DO GODZINY****	**SUMA GODZIN W DANYM DNIU***
		Razem	

* niepotrzebne skreślić

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

……	……..	……..
czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie	pieczęć i podpis Ratownika koordynującego/ Pielęgniarki oddziałowej	pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa