Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.08.22 11:04:34 +02'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w oddziałach Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W:

1) **W KLINICZNYM ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I ENDOKRYNOLOGII ORAZ INNYCH ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO*,**
2) **W II ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH ORAZ INNYCH ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO*,**
3) **W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO ORAZ INNYCH ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO*,**
4) **W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM ORAZ ODDZIALE UDAROWYM ORAZ INNYCH ODDZIAŁACH 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