Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.08.18 11:00:50 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z** 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