Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.08.30 13:23:14 +02'00'

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

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ, W PRACOWNI ELEKTROFIZJOLOGII I W PRACOWNI RADIOLOGII ZABIEGOWEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*	PRACOWNIA ODiTW**
		Razem		

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

****** Pracownia elektrofizjologii – ‘**PE**’ lub Pracownia radiologii zabiegowej - ‘**PRZ**’

……	……..	……..
czytelny podpis Przyjmującego zamówienie	pieczęć i podpis Pielęgniarki Koordynującej	pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa