Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.08.22 11:05:16 +02'00'

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

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

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 |