

MIESIĘCZNY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU W SOR 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