Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.10.19 16:48:40 +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 PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ 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