Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.10.16 10:17:20 +02'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w II Oddziale Chorób Wewnętrznych

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W II ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH 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