

**MIESIĘCZNY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU W SOR SZPITALA WOLSKIEGO**
miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIĘŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		Razem	

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

.....
czytelny podpis Przyjmującego pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa
zamówienie