

**MIESIĘCZNY SPRAWOZDANIE 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