Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.12.04 14:59:08 +01'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale kardiologicznym

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

1) **W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO ORAZ INNYCH ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO***
2) **W ZAKRESIE UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZWIĄZANYCH Z ZAPEWNIENIEM WŁAŚCIWEJ OPIEKI NAD PACJENTEM PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO 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