Robert Mazur

Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.01.04 11:46:47 +01'00'

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziale Neurologicznym, Udarowym, Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, UDAROWYM, PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ 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