

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELEŃNIARSTWA W ODDZIALE **
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 pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa
zamówienie

** wpisać oddział na którym udzielane były świadczenia