

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
 W ZAKRESIE PIEŁĘGNIARSTWA W KLINICZNYM ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM  
 SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

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

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
<b>Razem</b>			

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

.....  
 czytelny podpis Przyjmującego  
 zamówienie

.....  
 pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

.....  
 pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa