Robert Mazur

Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.01.04 13:39:21 +01'00'

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie elektroradiologii

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z LICZBY GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ELEKTRORADIOLOGII W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ

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 Koordynującej	pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa