Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.02.12 13:12:52 +01'00'

Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziale …….*

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W ODDZIALE
……*

miesiąc..... rok.....

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

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA GODZIN W DANYM DNIU
		Razem	

…… czytelny podpis Przyjmującego zamówienie

…….. pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

…….. pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

* wpisać oddział na którym będą udzielane świadczenia