

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń
zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w II Oddziale
chorób wewnętrznych Szpitala Wolskiego

**MIESIĘCZNY SPRAWOZDANIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W II ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH SZPITALA
WOLSKIEGO**

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