

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