Robert Mazur
Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2024.03.05 12:06:47 +01'00'

*Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym i w Izbie przyjęć psychiatrycznej Szpitala Wolskiego*

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W KLINICZNYM ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM I IZBIE PRZYJĘĆ PSYCHIATRYCZNEJ 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