Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Pracowni Endoskopii

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W PRACOWNI ENDOSKOPII*

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		Razem	

Czy uzupełniono dokumentację medyczną: ☐ - tak / ☐ - nie **)

** - godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania przez Udzielającego zamówienia do ich wykonywania należy uwzględnić w Załączniku nr 2*
*** - właściwe zaznaczyć*

……	……..	……..
czytelny podpis Przyjmującego zamówienie	pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej	pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-07-03 10:01

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-07-03 09:17