

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELEGNIARSTWA W:

- 1) W KLINICZNYM ODDZIALE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I ENDOKRYNOLOGII ORAZ INNYCH ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO**;
- 2) W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE UDAROWYM ORAZ INNYCH ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO**;
- 3) W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO SZPITALA WOLSKIEGO**;
- 4) W ODDZIALE **

miesiac..... rok.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

[illegible]

* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

**** wpisać oddział na którym będą udzielane świadczenia**

.....
czytelny podpis Przyjmującego
zamówienie

.....
pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

.....
pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa