

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z 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**

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

[illegible]

* wpis obejmuje faktyczne godziny

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

czytelny podpis Przyjmującego
zamówienie

pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa