Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

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

* *wpis obejmuje faktyczne godziny*

Signed by / Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2025-07-15 09:38

…… …… ……..

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

Signed by / Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2025-07-15 10:42