Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę systemu w SOR Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU W SOR SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

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

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

* *wpis obejmuje faktyczne godziny*

……
czytelny podpis Przyjmującego zamówienie

……..
pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej/ Ratownik koordynujący SOR

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-07-15 10:55

……
pieczęć i podpis Dyrektora Pielęgniarstwa

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-07-15 09:51