

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII
WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ, W PRACOWNI ELEKTROFIZJOLOGII I W PRACOWNI
RADIOLOGII ZABIEGOWEJ

miesiąc..... rok.....

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

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

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

** Pracownia elektrofizjologii – ‘PE’ lub Pracownia radiologii zabiegowej - ‘PRZ’

.....
czytelny podpis Przyjmującego
zamówienie

.....
pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

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