

**MIESIĘCZNY SPRAWOZDANIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII
WEWNĄTRZNA CZYNIOWEJ, W PRACOWNI ELEKTROFIZJOLOGII I W PRACOWNI
RADIOLOGII ZABIEGOWEJ**

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

[illegible]

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny

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

czytelny podpis Przyjmującego
zamówienie

pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarskich