

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO:

- W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM*
- W INNYM ODDZIALE SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

[illegible]

* niepotrzebne skreślić

** wpis obejmuje faktyczne godziny

czytelny podpis
Przyjmującego Zamówienie

pieczęć i podpis
Pielęgniarki Oddziałowej /
Ratownika Koordynującego

pieczęć i podpis
Dyrektora ds. Pielęgniarstwa