

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W KLINICZNYM ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I
ONKOLOGICZNEJ Z CZĘŚCIĄ URAZOWĄ, ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ ORAZ
INNYCH ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

czytelny podpis Przyjmującego
zamówienie

pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa