

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W:

- 1) W II ODDZIALE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH ORAZ INNYCH ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO\*,
- 2) 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)

[illegible]

czytelny podpis Przyjmującego  
zamówienie

pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa