

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELEGNIARSTWA W:

- 1) W II ODDZIALE CHORÓB 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)

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA GODZIN W DANYM DNIU
		Razem	

czytelny podpis Przyjmującego
zamówienie

pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa