Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO:
- W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM*
- W INNYM ODDZIALE SZPITALA WOLSKIEGO ……..……*

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DATA	OD GODZINY**	DO GODZINY**	SUMA GODZIN W DANYM DNIU**
		Razem	

* niepotrzebne skreślić

** wpis obejmuje faktyczne godziny

……	……	……
czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie	pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddział Ratownika Koord	pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-09-18 07:11

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-09-18 10:40