

**MIESIĘCZNY SPRAWOZDANIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII
WEWNĄTRZNA CZYNIOWEJ, W PRACOWNI ELEKTROFIZJOLOGII I W PRACOWNI
RADIOLOGII ZABIEGOWEJ**

miesiac..... rok.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*	PRACOWNIA ODiTW**
		Razem		

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny

**** Pracownia elektrofizjologii – ‘PE’ lub Pracownia radiologii zabiegowej - ‘PRZ’**

czytelny podpis Przyjmującego
zamówienie

pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarskich