

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z LICZBY GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W
ZAKRESIE ELEKTORADIOLOGII W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII
WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ

miesiąc..... rok.....

[illegible]

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny.

czytelny podpis Przyjmującego
zamówienie

pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa