*Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziale ……..***

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W ODDZIALE ……..**

miesiąc..... rok.....

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

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

* *wpis obejmuje faktyczne godziny*

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-12-09 08:37

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-12-09 11:23

……. ……. ……..
czytelny podpis Przyjmującego zamówienie | pieczęć i podpis Pielęgniarki [illegible]owej | pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

** wpisać oddział na którym udzielane były świadczenia