

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE
PIELĘGNIARSTWA W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE
UDAROWYM SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

[illegible]

* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

czytelny podpis Przyjmującego
zamówienie

pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa