Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z 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 Oddziałowej / Ratownika Koordynującego	pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2026-02-17 09:36

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2026-02-17 08:05