

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ  
PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU W SOR 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/  
ratownik koordynujący SOR

pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa