Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data:
2026-02-19 12:43

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę systemu w SOR Szpitala Wolskiego

ESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU W SOR SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

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

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

* *wpis obejmuje faktyczne godziny*

……
czytelny podpis Przyjmującego zamówienie

……..
pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej/ ratownik koordynujący SOR

……..
pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data:
2026-02-19
07:34