Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data:
2026-03-03 11:04

Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa

HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W:

1) W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII SZPITALA WOLSKIEGO**,
2) W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE UDAROWYM ORAZ INNYCH ODDZIAŁACH SZPITALA WOLSKIEGO**,
3) W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO SZPITALA WOLSKIEGO**,
4) W ODDZIALE ……..……**

miesiąc..... rok.....

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

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

* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.
** wpisać oddział na którym będą udzielane świadczenia

……	……..	……
czytelny podpis Przyjmującego zamówienie	pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej	pieczęć i podpis Dyr… …gniarstwa

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data:
2026-03-03 13:51