Signed by /
Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2026-03-03 11:24

Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z 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	

Signed by /
Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

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

* wpis obejmuje faktyczne godziny
** wpisać oddział na którym będą udzielane świadczenia

…………………………………… ……………………………………………….. ……………………………………………..

czytelny podpis Przyjmującego zamówienie | pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej | pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa