

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z LICZBY GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ELEKTORADIOLOGII W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
<b>Razem</b>			

.....  
 czytelny podpis Przyjmującego zamówienie     
 .....  
 pieczęć i podpis Pielęgniarki Koordynującej     
 .....  
 pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa