

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W ODDZIALE

**

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

.....
pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

** wpisać oddział na którym udzielane były świadczenia