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

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, KLINICZNYM ODDZIALE UDAROWYM 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	pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-01-21 11:34

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-01-21 11:09