*Załącznik nr 1[1] do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziale ……..**.*

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** 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 wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

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

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-02-04 12:02

** wpisać oddział na którym będą udzielane świadczenia

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-02-04 13:27