*Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa*

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** 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 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:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-02-04 13:26

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-02-04 12:01