*Załącznik nr 2[1] do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziale ……..***

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 d. Pielęgniarstwa

** wpisać oddział na którym udzielane były

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-02-04 13:28

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-02-04 12:08