*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 wyłącznie faktyczne godziny

** wpisać oddział na którym będą udzielane świadczenia

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

Signed by / Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2025-02-26 13:28

Signed by / Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2025-02-26 12:11