

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ELEKTORADIOLOGII W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZACZYNIOWEJ

miesiąc..... rok.....

..... (imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)			
DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
Razem			

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny.

.....
czytelny podpis Przyjmującego zamówienie

.....
pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

.....
pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa