

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.

** wpisać oddział na którym będą udzielane świadczenia

.....
czytelny podpis Przyjmującego
zamówienie

.....
pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

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