

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*
<b>Razem</b>			

\* 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