Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w II Oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W II ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH SZPITALA WOLSKIEGO

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.

…… ……..
czytelny po… …o
zamówieni…

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-03-04 14:44

……..
pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

……..
pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-03-04 08:44