*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. Pi

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur

Date / Data: 2025-03-04 14:40

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc

Date / Data: 2025-03-04 08:43