Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w II Oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W II ODDZIAL CHORÓB WEWNETRZNYCH SZPITALA WOLSKIEGO

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

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-03-04 08:43

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-03-04 14:41