*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 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

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-04-15 11:07

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-04-15 07:57