Załącznik nr 1
do umowy nr ……../DPK/ŚZ-2/503.125/2025

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Nazwisko i imię ..... miesiąc:..... 20..... roku

Data udzielania świadczeń	***Komórka organizacyjna***	***Godziny***		***Suma godzin w danym dniu***
		od	***do***	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin: …….

….....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

……

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Pielęgniarki Oddziałowej lub pełniącej jej zastępstwo)

PROJEKT