

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ODDZIALE Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Pododdziałem
Chirurgii Onkologicznej
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 pełniącego zastępstwo)