

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZESPOLE OPIEKI MEDYCZNEJ – DOMOWY SZPITAL
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

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

<i>Data udzielania świadczeń</i>	<i>Godziny</i>		<i>Suma godzin w danym dniu</i>
	<i>od</i>	<i>do</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

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