

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ODDZIALE Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym  
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

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

| <i>Data udzielania świadczeń</i> | <i>Komórka organizacyjna</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 pełniącej jej zastępstwo)