

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ODDZIALE NEUROCHIRURGICZNYM
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 pełniącego zastępstwo)