Załącznik nr 2 do umowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w NiSOZ

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ **PIELĘGNIARKI**

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ:	**Godziny od – do:** **(dni powszednie, soboty i niedziele)**	**Godziny od – do:** **(dni ustawowo wolne oraz 24 i 31 grudnia)**	**Suma godzin w danym dniu:**
Razem:			

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:

☐ – **TAK*)** ☐ - **NIE*)**

***)** - ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE

…… **……**

pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie pieczęć i podpis osoby Zatwierdzającej