

PIEŁĘGNIARKI
zestawienie udzielonych świadczeń w miesiącu.....

przez.....na oddziale.....

DZIEŃ	GODZINY PODSTAWOWEJ ORDYNACJI SZPITALNEJ	IŁOŚĆ GODZIN	GODZINY PO PODSTAWOWEJ ORDYNACJI SZPITALNEJ	IŁOŚĆ GODZIN
	7-15		15-7	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
SUMA GODZIN				

.....
 Podpis koordynatora jednostki

.....
 Podpis udzielającego świadczenia

