Nazwa komórki organizacyjnej

zał. nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów pielęgniarek/pielęgniarzy jako instrumentariuszki/instrumentariusze….

Harmonogram dyżurów pielęgniarek w miesiącu ……..

Data	**godziny**	**Imię i nazwisko**

……. (sporządził)

……. (zatwierdził)