

zał. nr 3 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
 pełnienia dyżurów pielęgniarek/pielęgniarzy " jako
 instrumentariuszki/instrumentariusze

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZA MIESIĄC

(imię i nazwisko)

L.P.	Miejsce pełnienia	od		do		czas trwania dyżuru	wynagrodzenie zł	
		dzień	godz.	dzień	godz.		za 1 godz.	za dyżur
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
					razem			

.....
 podpis
 sporządzającego

.....
 sprawdził

.....
 zatwierdził