

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM Z IZBĄ PRZYJĘĆ  
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Nazwisko i imię pielęgniarki/pielęgiarza ..... miesiąc:..... 20..... roku

| <i>Data udzielania świadczeń</i> | <i>Godziny</i> |           | <i>Suma godzin<br/>w danym dniu</i> |
|----------------------------------|----------------|-----------|-------------------------------------|
|                                  | <i>od</i>      | <i>do</i> |                                     |
|                                  |                |           |                                     |
|                                  |                |           |                                     |
|                                  |                |           |                                     |
|                                  |                |           |                                     |
|                                  |                |           |                                     |
|                                  |                |           |                                     |
|                                  |                |           |                                     |
|                                  |                |           |                                     |
|                                  |                |           |                                     |
|                                  |                |           |                                     |
|                                  |                |           |                                     |

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin: .....

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....  
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych (podpis Pielęgniarkę Oddziałową SOR lub pełniącego jego zastępstwo)