

Ewidencja liczby godzin świadczenia usług przez Przyjmującego Zamówienie (nazwisko PZ)
do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских w

Dzień miesiąca	Liczba godzin realizacji zlecenia	Podpis Przyjmującego Zamówienie	Podpis działającego w imieniu Udzielającego Zamówienie
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.			
Łącznie			