

Zestawienie udzielonych świadczeń za miesiąc .....

| Lp.              | Data pełnienia opieki<br>pielęgniarskiej<br>(wypełniona każdorazowo) | Ilość w godz. | Uwagi<br>(podpis potwierdzający<br>wykonanie usługi) |
|------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------|
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
|                  |                                                                      |               |                                                      |
| <b>R A Z E M</b> |                                                                      |               |                                                      |