

**KARTA PRACY - DIALIZY NR.....**

Wykonanie przewozów pacjentów dializowanych w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie

Rok	Dzień	Miesiąc	Marka i numer rejestracyjny pojazdu	Imię i nazwisko kierowcy
20.....r				

L.p	Ilość pacjentów przywiezionych na dializę	Imię i nazwisko pacjenta	Ilość pacjentów odwiezionych z dializy	Imię i nazwisko pacjenta	Pieczętka/lub czytelny podpis przedstawiciela Stacji Hemodializ	Uwagi
1		1.		1.		
		2.		2.		
		3.		3.		
		4.		4.		
2		1.		1.		
		2.		2.		
		3.		3.		
		4.		4.		
3		1.		1.		
		2.		2.		
		3.		3.		
		4.		4.		

L.p	Ilość pacjentów przywiezionych na dializę	Imię i nazwisko pacjenta	Ilość pacjentów odwiezionych z dializy	Imię i nazwisko pacjenta	Pieczętka/lub czytelny podpis przedstawiciela Stacji Hemodializ	Uwagi
4		1.		1.		
		2.		2.		
		3.		3.		
		4.		4.		
5		1.		1.		
		2.		2.		
		3.		3.		
		4.		4.		
6		1.		1.		
		2.		2.		
		3.		3.		
		4.		4.		
razem		razem			Czytelny podpis kierowcy pojazdu	

Pieczęć firmowa i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy	Akceptacja Pielęgniarki Oddziałowej Stacji Hemodializ	Podpis upoważnionego pracownika Sekcji Administracji