

dnia .....

**KARTA PRACY** ..... / .....

Dział Usług Specjalistycznych poleca terapeucie\*  
pielęgniarki\*

Pana(i) ..... wykonanie terapii

indywidualnej Pana(i) .....

zam. ....

w dniach od ..... do .....  
bez niedziel i świąt - z niedzielami i świątami\*

w godzinach od .....

Data	Godziny od - do	Podpis chorego lub członka rodziny
1	2	3

\*niepotrzebne skreślić