Załącznik nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia

109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie

Nazwa oddziału

………………………………………….

pieczątka oddziału

oryginał/kopia

**ZAPOTRZEBOWANIE ŻYWNOŚCIOWE / korekty na dzień……………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Diety | Godziny zgłaszanych korekt dla danej diety | | |
| do 6:45  ilość dodatków do śniadania | do 11:00  ilość dodatków do obiadu | do 14:00  ilość dodatków do kolacji |
| 1. Podstawowa |  |  |  |
| 1. Łatwo strawna |  |  |  |
| 1. Cukrzycowa |  |  |  |
| 1. …………….. |  |  |  |

Czytelny podpis pielęgniarki oddziałowej

lub osoby upoważnionej