

Szpital Murcki Sp. z o.o.

**KOREKTA ZAMÓWIENIA NA POSILKI
W SOBOTY, NIEDZIELE I ŚWIĘTA
Na dzień/dni _____**

Oddział: _____

Dieta:	I	II	III	IV	V	VIa	VIb	VIc	VIId	VII	VIII	IX	X	XI	inne	Suma:
Posilek:																
Obiad																
Kolacja																
Śniad. dnia następnego																

Ponadstandard:

Dieta:							
Posilek:							
Obiad							
Kolacja							
Śniad. dnia następnego							

Data: _____ podpis osoby sporządzającej korektę: _____