**Załącznik Nr 3**

**do umowy o świadczenie usług zdrowotnych z dnia ………………..**

**Przyjmujący Zamówienie ……………………………**

**EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ**

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie:

.……………………………....…………………………

Miejsce świadczenia usług

………….…………………………………………………….………………………..

Oświadczam, iż w miesiącu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20….r. zrealizowane zostały świadczenia:

Liczba dni przerwy w świadczeniu usług od pn do pt wyniosła: **…………………………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Zadanie** | **Miara** | **Liczba / Wartość** |
|  | Dyżury  ul. Nowe Ogrody 1-6 | godzina |  |
|  | Dyżury  Al. Jana Pawła II 50 | godzina |  |

**Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie** ………………………………………

Potwierdzam prawdziwość danych,

**Data, podpis i pieczęć Koordynatora NOCH**

.……………………………………………….……

**Przyjmujący Zamówienie Udzielający Zamówienia**