

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
1.	Dyżury ul. Nowe Ogrody 1-6	godzina	
2.	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