**Załącznik Nr 4 a**

**do umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Przyjmujący zamówienie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ - ODDZIAŁ**

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie.……………………………....…………………………

**Oddział ………….…………………………………………………….………………………..**

**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** |
|  | Świadczenia w oddziale | godzina |  |
|  | Procedury JGP | punkt |  |
|  | Dyżury | godzina |  |
|  | Komercja w oddziale | wartość |  |

**WYKAZ WYKONANYCH ZABIEGÓW KOMERCYJNYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr PESEL pacjenta** | **Rodzaj zabiegu  (zgodnie z umową)** | **O – operator**  **A - Asystent** | **Wynagrodzenie (zgodnie z umową)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

Potwierdzam prawdziwość danych,

**Data, podpis i pieczęć Kierownika Oddziału/Dyrektora[[1]](#footnote-1)**

………….……………………………………………….……

**Załącznik Nr 4 b**

**do umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Przyjmujący zamówienie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ – PRZYCHODNIA**

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie.……………………………....…………………………

**Poradnia ………….…………………………………………………….………………………..**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Zadanie** | **Miara** | **Liczba zrealizowanych świadczeń** |
|  | Procedury JGP AOS | punkt |  |
|  | Badania diagnostyczne | stawka |  |
|  | Świadczenia komercyjne w Poradni | Stawka / świadczenie |  |

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

Potwierdzam prawdziwość danych,

**Data, podpis i pieczęć Kierownika Przychodni[[2]](#footnote-2)**

………….……………………………………………….……

**Przyjmujący Zamówienie Udzielający Zamówienia**

1. W przypadku Kierowników Oddziałów ewidencję podpisuje Dyrektor Medyczny Szpitala [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)