

Załącznik Nr 2
do umowy z dnia.....
Przyjmujący zamówienie:

EWIDENCJA ŚWIADCZEŃ
ODDZIAŁ UROLOGICZNY SZPITALA ŚW. WOJCIECHA w Gdańsku

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie.....

Oświadczam, iż w miesiącu _____ 20.....r. zrealizowane zostały świadczenia:

Lp.	Zadanie	Stawka za procedurę	Liczba / Wartość
1.	Świadczenia w zakresie wykonywania procedur L31R	
2.	Świadczenia w zakresie aktywnego szkolenia lekarzy wskazanych przez kierownika w wykonywaniu procedur L31 (współuczestnictwo w zabiegu)	

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych,
Data, podpis i pieczęć Kierownika Oddziału/Dyrektora

.....