

Załącznik Nr 4

do umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia

Przyjmujący zamówienie:

EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie

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

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

| Zadanie | Miara | Liczba / Wartość |
|------------------------------|---------|------------------|
| świadczenie usług medycznych | ryczałt | |

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Dyrektora Sprzedaży

.....

.....
PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

.....
UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA