

Załącznik Nr 4a  
do umowy o świadczenie usług zdrowotnych 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
1.	Kierowanie Oddziałem	wartość	
2.	Procedury JGP	punkt	
3.	Procedury JGP (dzieci)	punkt	
4.	Procedury JGP DILO	punkt	
5.	Dyżury	godzina	
6.	Komercja w oddziale	wartość	

### WYKAZ WYKONANYCH ZABIEGÓW KOMERCYJNYCH

Lp.	Nr PESEL pacjenta	Rodzaj świadczenia (zgodnie z umową)	Wynagrodzenie (zgodnie z umową)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie .....

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Oddziału/Dyrektora<sup>1</sup>

.....

<sup>1</sup> W przypadku Kierowników Oddziałów ewidencję podpisuje Dyrektor Medyczny Szpitala

Załącznik Nr 4b  
do umowy o świadczenie usług zdrowotnych z dnia .....  
Przyjmujący Zamówienie:

### EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ - PORADNIA

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie .....

Poradnia .....

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

Lp.	Zadanie	Miara	Liczba / Wartość
1.	Procedury JGP	punkt	
2	Komercja w Poradni	wartość	

### WYKAZ WYKONANYCH ZABIEGÓW KOMERCYJNYCH

Lp.	Nr PESEL pacjenta	Rodzaj świadczenia (zgodnie z umową)	Wynagrodzenie (zgodnie z umową)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie .....

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Przychodni

.....

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA