

**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:

.....

<b>Lp</b>	<b>Zadanie</b>	<b>Miara</b>	<b>Liczba / Wartość</b>
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**