

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
1.	Świadczenia w oddziale	godzina	
2.	Procedury JGP	punkt	
3.	Dyżury	godzina	
4.	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<sup>1</sup>

.....

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

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
1.	Procedury JGP AOS	punkt	
2.	Badania diagnostyczne	stawka	
3.	Świadczenia komercyjne w Poradni	Stawka / świadczenie	

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

Potwierdzam prawdziwość danych,  
Data, podpis i pieczęć Kierownika Przychodni<sup>2</sup>

.....

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

\_\_\_\_\_