

Załącznik Nr 4 do umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia:
Przyjmujący zamówienie:

EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie.....

Miejsce udzielania świadczeń.....

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

Liczba dni przerwy w świadczeniu usług wyniosła:.....

Lp	Zadanie	Miara	Liczba / Wartość
1.	Udzielanie świadczeń -praca dzienna/dyżury	godzina	
2.	TK ambulatoryjne	stawka	
3.	MRI ambulatoryjne	stawka	
4.	Nadzór medyczny nad badaniami TK i MRI	godzina	
5.	Procedura neuroradiologiczna	stawka/procedurę	
6.	Pozostałe procedury radiologii zabiegowej	godzina	

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Zakładu/Dyrektora¹

.....

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

¹ W przypadku Kierowników Oddziałów ewidencję podpisuje Dyrektor Medyczny Szpitala