

WZÓR

Załącznik Nr 4a

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.		godzina/punkt/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/Dyrektora¹

.....

¹ W przypadku Kierowników Oddziałów ewidencję podpisuje Dyrektor Medyczny Szpitala

Załącznik Nr 4b

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.		punkt	

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Przychodni²

.....

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia
