

WZÓR

Załącznik Nr 3

do umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia _____

Przyjmujący zamówienie _____

EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie.....

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:.....

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

Lp	Zadanie	Miara	Liczba / Wartość
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych	godzina	

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych, Data, podpis i pieczęć bezpośredniego przełożonego:

.....

Przyjmujący Zamówienie