

WZÓR

Załącznik Nr 3

do umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia _____

Przyjmujący zamówienie _____

EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ - ODDZIAŁ/SOR

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 zdrowotne na oddziale		
2.	Dyżury na oddziale		
3.	Dyżury na SOR		

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Oddziału/Dyrektora¹

.....

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

¹ W przypadku Kierowników Oddziałów ewidencję podpisuje Dyrektor Medyczny Szpitala