

**Załącznik Nr 3**

**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.	Świadczenie usług zdrowotnych w ramach szkolenia specjalizacyjnego w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej	godzina	

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

Potwierdzam prawdziwość danych,

**Data, podpis i pieczęć Kierownika Zakładu/Dyrektora<sup>1</sup>**

.....

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienia**

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