

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 badań / Wartość
1.		Stawka za badanie	

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Zakładu/Dyrektora¹

.....

¹ W przypadku Kierowników Oddziałów ewidencję podpisuje Dyrektor Medyczny Szpitala