

WZÓR

Załącznik Nr 3

do umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia _____

Przyjmujący zamówienie _____

**EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ – Centrum Radiochirurgii ZAP-X
COPERNICUS**

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie.....

Miejsce udzielania świadczeń:

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

Lp	Zadanie	Miara	Liczba zrealizowanych świadczeń *jeśli dotyczy
1.		ryczałt	

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Centrum/Dyrektora Medycznego/Dyrektora Sprzedaży

.....