

Załącznik Nr 3

do umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia:

Przyjmujący zamówienie: lek.....

EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

Imię i Nazwisko Przyjmującego Zamówienie.....

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ- Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku

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

Liczba dni przerwy w świadczeniu usług od pn do pt wyniosła:.....

Zadanie	Stawka za badanie/ryczałt	Ilość badań

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Zakładu/Dyrektora¹

Przyjmujący Zamówienie

¹ W przypadku Kierowników Oddziałów ewidencję podpisuje Dyrektor Medyczny Szpitala