

Załącznik Nr 3

do umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia

Przyjmujący zamówienie:

EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ - ODDZIAŁ

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	Stawka
1.	Świadczenia w Oddziale + Zespół anestezyjologów + Dyżury	godzina		

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Oddziału/Dyrektora¹

.....

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

¹ W przypadku Kierowników Oddziałów ewidencję podpisuje Dyrektor Medyczny Szpitala