

Załącznik Nr 3

do umowy o udzielenie 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 / Wartość |
|----|------------------------|---------|------------------|
| 1. | Świadczenia w oddziale | godzina | |
| 2. | Procedury JGP | punkt | |
| 3. | Dyżury | godzina | |
| 4. | Komercja w oddziale | wartość | |

WYKAZ WYKONANYCH ZABIEGÓW KOMERCYJNYCH

| Lp. | Nr PESEL pacjenta | Rodzaj zabiegu (zgodnie z umową) | O – operator A - Asystent | Wynagrodzenie (zgodnie z umową) |
|-----|-------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Oddziału/Dyrektora¹

.....

¹ W przypadku Kierowników Oddziałów ewidencję podpisuje Dyrektor Medyczny Szpitala