

Załącznik Nr 3

do umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia

Przyjmujący zamówienie:

EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie:

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

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

WYKAZ WYKONANYCH BADAŃ

Lp.	Nazwa badania	Data badania	Czas trwania badania (ilość h)	Wynagrodzenie (zgodnie z umową)

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Oddziału zlecającego

.....

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Bloku Operacyjnego

.....