

Załącznik Nr 3 do umowy
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dniar.
Przyjmujący Zamówienie:.....

EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

Imię i Nazwisko Przyjmującego Zamówienie.....

Poradnia

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.	Liczba punktów rozliczeniowych	punkt rozliczeniowy	
2.	Świadczenia pełnopłatne	wartość procedury pełnopłatnej	

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie

Wykaz wykonanych procedur pełnopłatnych

Lp.	RODZAJ PROCEDURY (zgodnie z umową)	WARTOŚĆ PROCEDURY WG CENNIKA	WYNAGRODZENIE (zgodnie z umową)

Potwierdzam prawdziwość danych:

Data, podpis i pieczęć Dyrektora CS/Wiceprezes ds. medycznych

.....