

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

p.	NR PESEL PACJENTA	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

.....