

**Załącznik Nr 3**

do umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia .....r.

Przyjmujący zamówienie: .....

**EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ - PORADNIA**

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie .....

Poradnia .....

Oświadczam, iż w miesiącu \_\_\_\_\_ 20.....r. zrealizowane zostały

świadczenia:

Lp.	Zadanie	Miara	liczba /wartość
1.	Świadczenie usług medycznych POZ	godzina	
2.	Świadczenie usług komercyjnych POZ	stawka / świadczenie	

**EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ KOMERCYJNYCH - PORADNIA**

Lp.	Nr PESEL pacjenta	Rodzaj świadczenia (zgodnie z umową)	Wynagrodzenie (zgodnie z umową)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie .....

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Przychodni

.....

.....  
**Przyjmujący Zamówienie**

.....  
**Udzielający Zamówienia**