

Załącznik Nr 3

do umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dniar.

Przyjmujący zamówienie :

EWIDENCJA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

Imię i Nazwisko Przyjmującego zamówienie.....

Miejsce udzielania świadczeń.....

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

Liczba dni przerwy w świadczeniu usług wyniosła:.....

Lp	Zadanie	Miara	Liczba / Wartość
1.	Udzielanie świadczeń -praca dzienna	godzina	
2.	Udzielanie świadczeń -praca dyżurowa	godzina	

Data, podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam prawdziwość danych,

Data, podpis i pieczęć Kierownika Zakładu/Dyrektora¹

.....

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

¹ W przypadku Kierowników Oddziałów ewidencję podpisuje Dyrektor Medyczny Szpitala