

WYKAZ ŚWIADCZEŃ
Wykonanych w miesiącu 20.... r.

Lp.	Rodzaj wykonanego świadczenia	Liczba punktów*	Data wykonanego świadczenia	PESEL pacjenta, którego dotyczy świadczenie	Potwierdzenie wykonania świadczenia-pieczęć imienna i podpis Ordynatora/Lek. Kierującego	Cena jednostkowa
Łącznie:						

.....
(podpis pracownika Działu Świadczeń Medycznych)

.....
(podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie)

*dotyczy wyłącznie Zadania nr 2

**WYKAZ GODZIN POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH WZAKŁADZIE ENDOSKOPII**
w miesiącu 20..... r.
przez lek.

Dzień	Godziny		Suma godzin w danym dniu
	<i>od</i>	<i>do</i>	

Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:.....

.....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds.. Lecznictwa