

Załącznik Nr do umowy Nr DO.6111. 2026
Nr faktury w KSeF.....

WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

wykonanych w miesiącu 2026 r
przez

.....
Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

.....
(podpis i pieczęć
udzielającego
świadczeń zdrowotnych)

.....
Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych przez Pielęgniarkę
Oddziałową SOR
(podpis i pieczęć)