|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Załącznik Nr 2 do umowy Nr SzNSPZOZ…...................................... z dnia ……….. r. | | | | | |
| …………………………………………………………. | | |  |  |  |
| oznaczenie Przyjmującego zamówienie | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych w miesiącu …………….. r.** | | | | | |
| Dzień miesiąca | Liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych | | | | |
| Godzina rozpoczęcia | Godzina zakończenia | Liczba godzin pracy | stawka godzinowa | kwota |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Czy uzupełniono dokumentację medyczną □-Tak □-Nie\*)

\*) – zaznaczyć odpowiednie

……………………………………..………………….. ………………………………………………………..

(pieczęć i podpis Przyjmującego zlecenie) (pieczęć i podpis osoby Zatwierdzającej)