|  |
| --- |
| Załącznik Nr 2 do umowy Nr SzNSPZOZ…...................................... z dnia ……….. r. |
|  ………………………………………………………….  |  |  |  |
| oznaczenie Przyjmującego zamówienie  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  **Wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych w miesiącu …………….. r.** |
| Dzieńmiesiąca | 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)