Załącznik nr 1 do umowy nr ……../202…

SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Miesiąc .....202….roku Umowa Nr …….

…….

Imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie

Liczba zakontraktowanych godzin udzielania świadczeń zdrowotnych (zgodnie z umową) ……

Dzień miesiąca	**Godziny**		**Liczba godzin udzielania świadczeń***
	Oddział …….	**Poradnia ……**	
	od - do	**od - do**	
Razem			

* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godziny

..... …….

(data i czytelny podpis Przyjmującego zamówienie)

(data, pieczęć i podpis piel. Oddziałowej lub osoby przez nią upoważnionej)