

Zestawienie z wykonania umowy nr...../..... o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne dotyczące czasu świadczonych usług za miesiąc r.

Załącznik do rachunku nr wystawionego dnia

dzień miesią ca	data	Oddział Psychiatryczny Dzienny – godziny świadczenia usług od godz -do godz.	Całodobowy Oddział nr – godziny świadczenia usług od godz -do godz.	ilość godzin świadczonych usług w Oddziale + Izbie Przyjęć	ilość godzin świadczonych usług w Izbie przyjęć 14:35-7:00 lub od 7:00 do 7:00
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
Suma godzin świadczonych usług					
zł / godz					
Wartość świadczonych usług					

.....
podpis przyjmującego zamówienie

Załącznik do rachunku nr wystawionego dnia

data	godziny świadczenia usług od godz -do godz.	ilość wykonanych punktów w danym dniu
	Suma ilości punktów świadczonych usług	
	cena za 1 pkt jednostkowy	
	Wartość wykonanych porad	

.....
podpis przyjmującego zamówienie